156

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO Ciencia, educación y desarrollo	**ACTA DE AUTORIZACIÓN DE PAGO** PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	**Código:** F-AB-14 **Versión: 04**

FECHA	DIA	MES	AÑO
	10	12	2018

ACTA No.	04

INFORMACION DEL CONTRATISTA	
NOMBRE: CADIMAS CONSULTORIAS Y CONSTRUCCIONES S.A.S	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. ____T.I.____ C.E.____ NIT.__X__	**N° 900.804.139-0**

DATOS DE LA CUENTA:	
ENTIDAD FINANCIERA	**Banco de Bogota**
CUENTA N°	**983062407**
TIPO CUENTA	**Ahorros**
Si no se diligencian estos datos, el pago será a través de giro bancario.	

INFORMACIÓN DEL ACTO ADMINISTRATIVO							
CONTRATO (C)	X	**ORDEN (O)**		**CONVENIO(CO)**		**RESOLUCIÓN (R)**	
N° DE C/O/CO/R:		**N° CONTRATO SECOP II:**				**FECHA DEL ACTO:** día/mes/año	
224-2018		CO1.PCCNTR.537571				**29/Agosto/2018**	
FECHA DE ACTA DE INICIO:		**29/08/2018** (Día/mes/año)					
VIGENCIA:		**Desde: 24/Agosto/2018** (Día/mes/año) **Hasta*: 14/Diciembre/2018** *Incluyendo prórroga, si a esta hubo lugar					
OBJETO	Prestación de servicios profesionales interdisciplinarios como apoyo integral en la ejecución de los proyectos del campus y otras actividades complementarias de defina la IUE en el segundo semestre de 2018						
VALOR TOTAL	**(CUARENTA Y OCHO MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS M.L)**						
	$ 48.638.291						
FORMA DE PAGO	La institución universitaria de envigado, pagara al contratista dentro de los treinta días (30) siguientes a la presentación de la factura, previa aprobación del informe de supervisión. Adicionalmente, el contratista, deberá acreditar cada vez que solicite el pago, que se encuentra al día con los pagos al Sistema Integral de Seguridad Social.						

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL			
DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL		**REGISTRO PRESUPUESTAL**	
NÚMERO	**FECHA** (día/mes/año)	**NÚMERO**	**FECHA** (día/mes/año)
CDP0284	16 de Agosto 2018	RDP0632	24 de Agosto 2018

INST. UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

10 DIC 2018
CONTABILIDAD

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO Ciencia, educación y desarrollo	**ACTA DE AUTORIZACIÓN DE PAGO** PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	**Código:** F-AB-14 **Versión: 04**

SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL					
PERSONA NATURAL	SI	NO	**PERSONA JURÍDICA**	SI	NO
				X	
Valor Ingreso Base de Cotización	$ XXXXXX		**PRESENTA**		
			Certificado del Representante Legal Actualizado	SI	NO
Planilla No.				X	
Periodo de Cotización			Certificado del Revisor Fiscal actualizado	SI	NO
Fecha de Pago				X	
Valor Pagado	$ XXXXXX				

AUTORIZACIÓN DE PAGO			
PERIODO/CUOTA A PAGAR:		**PERIODO/CUOTA A PAGAR:**	
Factura 30		**CUARTO PAGO**	
VALOR A PAGAR MEDIANTE LA PRESENTE ACTA:	SEIS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS VEINTISEIS MIL PESOS M.L **$ 6.948.326**		
VALOR EJECUTADO DEL CONTRATO (Incluyendo la presente orden)	**$ 48.638.291**	**SALDO DEL VR. DEL CONTRATO** (Después de la presente orden)	**$ 0**

En cumplimiento de la Ley 1474 de julio 12 de 2011, la cual señala disposiciones sobre los sujetos disciplinables (Art. 44), las responsabilidades del interventor por faltas gravísimas (art. 45), la responsabilidad del supervisor contractual (Art. 83), y las facultades y deberes de supervisores (Art. 84) y, con base en el contrato que se encuentra plenamente legalizado, enunciado en el encabezado de este documento y en concordancia con la forma de pago establecida en el mismo, **AUTORIZO EL PAGO indicado en la presente acta** acorde a la supervisión realizada, la cual reposa en la carpeta del contrato con todos los soportes de ley exigidos.

Así mismo, certifico que se revisaron los documentos que soportan el pago de los aportes de seguridad social integral establecidos por la ley, encontrándose al día con sus obligaciones.

Supervisor:

Firma: _____

Nombre: **JUAN CARLOS RAMÍREZ VELÁSQUEZ**

Cargo: **Jefe de Oficina Asesora Planeación**

INST. UNIVERSITARIA DE ENVIGADO