INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO Ciencia, educación y desarrollo Vigilada Mineducación	**ACTA DE AUTORIZACIÓN DE PAGO**	**Código:** F-RF-0022 **Versión:** 01 **Página** 1 de 2

FECHA	**DIA**	**MES**	**AÑO**
	20	09	2023

ACTA No.	**02**

INFORMACION DEL CONTRATISTA	
NOMBRE:	**TECNICOS YA S.A.S**
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. ____T.I.____ C.E.____ NIT.__X__	**N° 901 355 291- 9**

DATOS DE LA CUENTA:	
ENTIDAD FINANCIERA	BANCOLOMBIA
CUENTA N°	31100000314
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)**	
Nº DE C/O/CO/R:		**Nº CONTRATO SECOP II:**			**FECHA DEL ACTO:** día/mes/año		
MCIUE 001-2023		084-2023			22/02/2023		
FECHA DE ACTA DE INICIO:		16/03/2023			(Día/mes/año)		
VIGENCIA:		**Desde**: 16/03/2023 **Hasta*:** 15/12/2023 (Día/mes/año)					
OBJETO		CONTRATAR EL SERVICIO DE (4) MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y CORECTIVOS DE VEINTISEIS (26) AIRES ACONDICIONADOS EN LA INSTITUCION UNIVERSITARIA DE ENVIGADO, DURANTE LA VIGENCIA 2023.					
VALOR TOTAL		Diez millones quinientos treinta y dos mil setecientos sesenta y dos pesos					
		$ 10.532.762 (IVA INCLUIDO)					
FORMA DE PAGO		PARCIAL. La Institución Universitaria de Envigado, pagará al (la) contratista una vez realizado el respectivo mantenimiento, esto, previa presentación de la factura o documento equivalente y acta de autorización de pago expedida por el supervisor del contrato. Adicionalmente, el (la) contratista, deberá acreditar cada vez que solicite el pago, que se encuentra al día con el pago de aportes al Sistema Integral de Seguridad Social, según las condiciones establecidas en la Ley					
ADICION							

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL	
DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	**REGISTRO PRESUPUESTAL**

NÚMERO	**FECHA** (día/mes/año)	**NÚMERO**	**FECHA** (día/mes/año)
CDP0020	20/01/2023	RDP0140	22/02/2023

RUBRO DE EJECUCIÓN	**TIPO DE RECURSO**	**VALOR A EJCUTAR DEL RUBRO**
2320202008000000000 0122138715100000100 000000001151116	PROPIOS	$ 773.191

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.					
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:**	
SEPTIMBRE 2023		FACTURA N° FVE 1522	
VALOR A PAGAR MEDIANTE LA PRESENTE ACTA:	Setecientos setenta y tres mil ciento noventa y un pesos $773.191		
VALOR EJECUTADO DEL CONTRATO (Incluyendo la presente orden)	**$ 1.808.182**	**SALDO DEL VR. DEL CONTRATO** (Después de la presente orden)	**$ 8.724.580**

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 Diego Pérez Álvarez**

Cargo: **Jefe Servicios Generales**