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**	**ACTA No.**	**01**
	26	10	2023		

INFORMACION DEL CONTRATISTA	
NOMBRE: CENGAGE LEARNING DE COLOMBIA S.A.	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. ___T.I.___ C.E.___ NIT. **X**	**NIT. 830.074.291-5**

DATOS DE LA CUENTA:	
ENTIDAD FINANCIERA	**BANCOLOMBIA**
CUENTA N°	**13128836371**
TIPO CUENTA	**CORRIENTE**
Si no se diligencian estos datos, el pago será a través de giro bancario.	

INFORMACIÓN DEL ACTO ADMINISTRATIVO							
CONTRATO (C)		**ORDEN (O)**		**CONVENIO(CO)**		**RESOLUCIÓN (R)**	

N° DE C/O/CO/R:	**N° CONTRATO SECOP II:**	**FECHA DEL ACTO:** día/mes/año
299-2023	SI APLICA	**23-10-2023**

FECHA DE ACTA DE INICIO:	**23-10-2023**
VIGENCIA:	El contrato tendrá un plazo de ejecución de un (1) año contado a partir de la fecha de la suscripción del acta de inicio, una vez se cumplan los requisitos de perfeccionamiento y ejecución dispuestos en el artículo 41 de la ley 80 de 1993. **Desde: 23-10-2023 _ Hasta*: 23-10-2024.**
OBJETO	Acceso a la Base de datos **GALE BUSINESS INSIGHTS GLOBAL,** para el fortalecimiento de los recursos bibliográficos que requiere la comunidad académica y administrativa de la Institución Universitaria de Envigado.
VALOR TOTAL	**TREINTA Y CINCO MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS CINUENTA Y NUEVE PESOS.ML. (Exento de IVA - Art. 478 del E.T)**
	$35’385.259
FORMA DE PAGO	La Institución Universitaria de Envigado pagará dentro de los treinta (30) días siguientes a la presentación de la factura, en un **ÚNICO PAGO,** una vez se cuente con el acceso completo a la base de datos y que dicho acceso funcione y este recibido a entera satisfacción por parte del supervisor del contrato. Adicionalmente, el contratista, deberá acreditar cuando solicite el pago, que se encuentra al día con los pagos al Sistema Integral de Seguridad Social y aportes parafiscales. La factura deberá ser entregada de conformidad con las disposiciones legales vigentes
ADICION	N/A
	$ XXXXXX

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL			
DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL		**REGISTRO PRESUPUESTAL**	
NÚMERO	**FECHA** (día/mes/año)	**NÚMERO**	**FECHA** (día/mes/año)
CDP-0016	**20-01-2023**	**RDP0888**	**12-10-2023**

RUBRO DE EJECUCIÓN	**TIPO DE RECURSO**	**VALOR A EJCUTAR DEL RUBRO**
2320202009000000000-0122138431100000200000000000212267	**ESTAMPILLA**	($35.385.259)

SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL					
PERSONA NATURAL	SI	NO	**PERSONA JURÍDICA**	SI	NO
		X		**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					
Valor Pagado	$XXXXXX				

AUTORIZACIÓN DE PAGO			
PERIODO/CUOTA A PAGAR:		**PERIODO/CUOTA A PAGAR:**	
UNICO PAGO NOVIEMBRE-2023		**UNICO PAGO NOVIEMBRE-2023**	
VALOR A PAGAR MEDIANTE LA PRESENTE ACTA:	**TREINTA Y CINCO MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS CINUENTA Y NUEVE PESOS.ML. (Exento de IVA - Art. 478 del E.T)**		
VALOR EJECUTADO DEL CONTRATO (Incluyendo la presente orden)	**($35.385.259)**	**SALDO DEL VR. DEL CONTRATO** (Después de la presente orden)	**$ 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: Adela Gallego Zapata
Cargo: Jefe de Oficina Biblioteca