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**
	29	09	2023

ACTA No.	**2**

INFORMACION DEL CONTRATISTA	
NOMBRE: SMARTCHIP S.A.S. representada legalmente por MAURICIO JOSÉ FLOREZ MONCAYO	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. _x___T.I.____ C.E.____ NIT.____	**N°** 811.046.254-4

DATOS DE LA CUENTA:	
ENTIDAD FINANCIERA	BANCOLOMBIA
CUENTA N°	360-00000374
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		
045 - 2023		**CEIUE 002-2023**			**7/02/2023**		
FECHA DE ACTA DE INICIO:		17/02/2023 (Día/mes/año)					
VIGENCIA:		**Desde: 17/02/2023 Hasta: 15/12/2023** (Día/mes/año) *Incluyendo prórroga, si a esta hubo lugar					
OBJETO		Se requiere la elaboración e impresión de carnés para identificación de la comunidad universitaria de la Institución Universitaria de Envigado.					
VALOR TOTAL		Cincuenta y Tres Millones Setecientos Noventa y Nueve Mil Novecientos Pesos IVA incluido					
		$ 53.799.900,00					
FORMA DE PAGO		Se realizarán pagos parciales de acuerdo con el número de carnets entregados debidamente a la comunidad IUE, que se realice durante la ejecución del contrato y/o hasta agotar el presupuesto. La Institución Universitaria de Envigado, pagará al (la) contratista, previa presentación del informe y acta de autorización de pago expedida por el supervisor del contrato, en las condiciones pactadas en el respectivo contrato. Adicionalmente, el contratista, deberá acreditar el pago, y certificar que se encuentra al día con los pagos al Sistema Integral de Seguridad Social y aportes parafiscales de los últimos seis meses o el tiempo de vigencia de la contratación. La factura electrónica deberá ser enviada al correo electrónico factura electronicaQiue.edu.edu.co La Institución Universitaria de Envigado, pagará al (la) contratista, previa presentación del informe y acta de autorización de pago expedida por el supervisor del contrato, en las condiciones pactadas en el respectivo contrato.					
ADICION		(EN LETRAS)					
		$ XXXXXX					

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL			
DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL		**REGISTRO PRESUPUESTAL**	
NÚMERO	**FECHA** (día/mes/año)	**NÚMERO**	**FECHA** (día/mes/año)
CDP007	10/01/2023	RDP0073	7/02/2023

RUBRO DE EJECUCIÓN	TIPO DE RECURSO	VALOR A EJCUTAR DEL RUBRO
233080200000000000001221300000000002000000000008411 60	Propio	$ 21.096.082

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:**	
segundo		FE 26951	
VALOR A PAGAR MEDIANTE LA PRESENTE ACTA:	Veintiún millones noventa y seis mil ochenta y dos pesos m/cte **$** 21.096.082		
VALOR EJECUTADO DEL CONTRATO (Incluyendo la presente orden)	**$** 43.512.707	**SALDO DEL VR. DEL CONTRATO** (Después de la presente orden)	$ 10.287.193

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: Paula Andres Caicedo Herrera

Nombre: **PAULA ANDRES CAICEDO HERRERA**

Cargo: **JEFE DE ADMISIONES Y REGISTRO**