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**
	16	04	2024

ACTA No.	**2**

INFORMACION DEL CONTRATISTA	
NOMBRE:	**TECNICOS GYM S.A.S**
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. ____T.I.____ C.E.____ NIT. X___	**N° 901.502.821**

DATOS DE LA CUENTA:	
ENTIDAD FINANCIERA	**BANCOLOMBIA**
CUENTA N°	**27900002831**
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		
040-2024		CO1.PCCNTR.5986136			23/02/2024		
FECHA DE ACTA DE INICIO:		26/02/2024 (Día/mes/año)					
VIGENCIA:		**Desde: 26/02/2024 Hasta*: 30/11/2024** (Día/mes/año) *Incluyendo prórroga, si a esta hubo lugar					
OBJETO		Prestación de servicios de apoyo a la gestión para el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos y maquinaria que será utilizada en el gimnasio, así como el suministro e instalación de repuestos o insumos cuando sea necesario.					
VALOR TOTAL		Sesenta y cinco millones de pesos. $ 65.000.000					
FORMA DE PAGO		La Institución Universitaria de Envigado, efectuará el pago al contratista en cuotas parciales, como se detalla a continuación: Se pagará el servicio de mantenimiento preventivo en cuotas parciales de DOS MILLONES SETECIENTOS DIEZ MIL CUATROCIENTOS PESOS ($2.710.400) para cada mantenimiento realizado y recibido a satisfacción por parte del supervisor. La institución dispone de una bolsa destinada a la adquisición de insumos/repuestos necesarios en caso de efectuarse mantenimientos correctivos. El valor de dicha bolsa es de TREINTA Y SIETE MILLONES OCHOCIENTOS NOVENAT Y SEIS MIL PESOS (37.896.000). Dicho valor será cancelado con autorización previa del supervisor y únicamente en caso de requerirse adquisición de repuestos en la ejecución del contrato. PARÁGRAFO 1: La Institución Universitaria de Envigado, pagará al contratista, previo al recibido a satisfacción por parte del supervisor del contrato, de conformidad con el informe de supervisión y acta de autorización de pago expedida por el supervisor. Adicionalmente, el 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 Integral y Parafiscales, según las condiciones establecidas en la Ley.					
ADICION							
INFORMACIÓN PRESUPUESTAL							

DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL		REGISTRO PRESUPUESTAL	
NÚMERO	**FECHA** (día/mes/año)	**NÚMERO**	**FECHA** (día/mes/año)
CDP0038	22/01/2024	RDP0091	26/02/2024

RUBRO DE EJECUCIÓN	TIPO DE RECURSO	VALOR A EJCUTAR DEL RUBRO
2320202008000000000 0122138533000000100 000000001151116	PROPIOS	$ 5.048.749.93

SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL					
PERSONA NATURAL	SI	NO	**PERSONA JURÍDICA**	SI	NO
	X				
Valor Ingreso Base de Cotización			**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					

AUTORIZACIÓN DE PAGO			
PERIODO/CUOTA A PAGAR:		**PERIODO/CUOTA A PAGAR:**	
MARZO 2024		**$ 5.048.749.93**	
VALOR A PAGAR MEDIANTE LA PRESENTE ACTA:	Cinco millones cuarenta y ocho mil setecientos cuarenta y nueve con noventa y tres (centavos o centésimos)		
	$ 5.048.749.93		
VALOR EJECUTADO DEL CONTRATO (Incluyendo la presente orden)	$ 7.759.150	**SALDO DEL VR. DEL CONTRATO** (Después de la presente orden)	$ 57.240.850

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 Oficina Servicios Generales