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
	30	11	2023

ACTA No.	009

INFORMACION DEL CONTRATISTA	
NOMBRE: JUAN ANDRES BUSTAMANTE	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. **X** T.I.____ C.E.____ NIT.____	**N° 1.037.586.813**

DATOS DE LA CUENTA:	
ENTIDAD FINANCIERA	**BANCO CAJA SOCIAL**
CUENTA N°	**24051723244**
TIPO CUENTA	**AHORROS**
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		
121-2023		SI APLICA			**15-03-2023**		
FECHA DE ACTA DE INICIO:		**15-03-2023** (Día/mes/año)					
VIGENCIA:		**Desde: ____15-03-2023__ Hasta*: 15-12-2023** (Día/mes/año)					
OBJETO		Prestación de servicios Profesionales en Periodismo/Comunicaciones, con conocimiento en metodologías propias de los diseños instruccionales, asociados a la educación digital, pedagogía, didáctica, guionización, corrección de estilo, control de calidad (QA) e incorporación de tecnologías de la información y la comunicación a procesos de aprendizaje enseñanza, y áreas afines, para apoyar a la gestión de los procesos académicos articulados a las diferentes modalidades por las que incursione o adopte la Institución Universitaria de Envigado.					
VALOR TOTAL		**TREINTA Y CUATRO MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y SEIS MIL PESOS M/L**					
		34.776.000,00					
FORMA DE PAGO		La forma de pago del contrato será MENSUAL, así: Los pagos correspondientes a los meses de abril a noviembre será por la suma de **TRES MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL PESOS M/L ($ 3.864.000,00).** Los pagos correspondientes a los meses de marzo y diciembre corresponden a **UN MILLÓN NOVECIENTOS TREINTA Y DOS MIL PESOS M/L (1.932.000,00)**, en concordancia con los días trabajados, previa entrega de los productos acordados en el plan de trabajo del proceso de digitalización de la institución					
ADICION		(EN LETRAS)					
		$ XXXXXX					

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL			
DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL		**REGISTRO PRESUPUESTAL**	
NÚMERO	**FECHA** (día/mes/año)	**NÚMERO**	**FECHA** (día/mes/año)
0110	**10-03-2023**	**190**	**14-03-2023**

RUBRO DE EJECUCIÓN	**TIPO DE RECURSO**	**VALOR A EJCUTAR DEL RUBRO**
23202020080000000000122138594000000100000000000312364	**PROPIOS**	**$ 3.864.000,00**

SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL					
PERSONA NATURAL	SI	NO	**PERSONA JURÍDICA**	SI	NO
Valor Ingreso Base de Cotización	**$1.545.600**		**PRESENTA**		
			Certificado del Representante Legal Actualizado	SI	NO
Planilla No.	7900076708				
Periodo de Cotización	Noviembre		Certificado del Revisor Fiscal actualizado	SI	NO
Fecha de Pago	3-11-2023				
Valor Pagado	**448.600**				

AUTORIZACIÓN DE PAGO			
PERIODO/CUOTA A PAGAR:		**PERIODO/CUOTA A PAGAR:**	
DEL 1 AL 30 DE NOVIEMBRE 2023		**NOVENO EGRESO**	
VALOR A PAGAR MEDIANTE LA PRESENTE ACTA:	**TRES MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL PESOS M/L**		
	$ 3.864.000,00		
VALOR EJECUTADO DEL CONTRATO (Incluyendo la presente orden)	**$ 32.844.000,00**	**SALDO DEL VR. DEL CONTRATO** (Después de la presente orden)	**$ 1.932.000,00**

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: **DANIELA MARIA PINTO BLANCO**

Cargo: PROFESIONAL ESPECIALIZADA VICERRECTORÍA DE DOCENCIA