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
	27	05	2024

ACTA No.	01

INFORMACION DEL CONTRATISTA	
NOMBRE: DOT LIB SUCURSAL COLOMBIA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. ____T.I.____ C.E.____ NIT.**X**	**NIT.900.129.305-1**

DATOS DE LA CUENTA:	
ENTIDAD FINANCIERA	**ITAU-**
CUENTA N°	**N.012-39386-4**
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)**	

Nº DE C/O/CO/R:	**Nº CONTRATO SECOP II:**	**FECHA DEL ACTO:** día/mes/año
106-2024	**X**	**03/05/2024**

FECHA DE ACTA DE INICIO:	**Desde: el 03/05 /2024**
VIGENCIA:	**Hasta*: 03 de mayo de 2025** El plazo de ejecución del objeto a contratar será un año contado desde la fecha establecida como inicio en la plataforma SECOP II. Parágrafo: Aunque la presente contratación tenga parte de su ejecución en la vigencia 2025, no se hace necesaria la solicitud de vigencias futuras, debido a la realización de un único pago en la vigencia 2024.
OBJETO	Renovación del servicio de acceso a las bases de datos **JSTOR y APA PsycNET**, para el fortalecimiento de los recursos bibliográficos que requiere la comunidad académica y administrativa de la Institución Universitaria de Envigado.
VALOR TOTAL	**CIENTO SETENTA Y TRES MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y DOS MIL QUINIENTOS PESOS M.L- EXCLUIDO IVA. (Art. 478 del E.T).**
	$173’332.500
FORMA DE PAGO	La institución Universitaria de Envigado pagará el valor del contrato en una (01) única cuota correspondiente al valor total del contrato, una vez el contratista haya realizado la activación de la base de datos y realice la entrega efectiva del acceso a la IUE. Lo anterior previo al recibido a satisfacción por parte del supervisor del contrato. En el mismo sentido, el contratista deberá presentar la factura o documento equivalente, con la acreditación que se encuentra al día con los pagos al Sistema Integral de Seguridad Social y parafiscales, según las condiciones establecidas en la Ley.
ADICION	(EN LETRAS)
	$ XXXXXX

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL			
DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL		**REGISTRO PRESUPUESTAL**	
NÚMERO	**FECHA** (día/mes/año)	**NÚMERO**	**FECHA** (día/mes/año)
CDP-0053	**24-01-2024**	**RDP-0292**	**07/05/2024**

RUBRO DE EJECUCIÓN	**TIPO DE RECURSO**	**VALOR A EJCUTAR DEL RUBRO**
232020200800000000001221373312000002000000000000212267	ESTAMPILLA	**$122’693.523**

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.				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:**	
UNICO PAGO MES DE MAYO		**UNICO PAGO MES DE MAYO**	
VALOR A PAGAR MEDIANTE LA PRESENTE ACTA:	**CIENTO VEINTIDOS MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL QUINIENTOS VEINTITRES PESOS M.L- EXCLUIDO IVA. (Art. 478 del E.T).**		
VALOR EJECUTADO DEL CONTRATO (Incluyendo la presente orden)	**$122’693.523**	**SALDO DEL VR. DEL CONTRATO** (Después de la presente orden)	**$50’638.977**

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 Biblioteca**