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**
	12	07	2024

ACTA No.	**5**

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:**
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**

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 así: 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. Se 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). valor será cancelado con autorización previa del supervisor y únicamente en caso de requerirse adquisición de repuestos en la ejecución del contrato. La Institución Universitaria de Envigado, efectuará el pago al contratista dentro de los treinta (30) días siguientes a la presentación de la factura o documento equivalente (Según los parámetros legales). Adicionalmente, el contratista, deberá acreditar cuando solicite el pago, que se encuentra al día con los pagos al Sistema Integral de Seguridad Social Integral.

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

RUBRO DE EJECUCIÓN	TIPO DE RECURSO	VALOR A EJECUTAR DEL RUBRO
232020200800000000000122138 533000000100000000001151116	PROPIOS	$ 4.626.300

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.				**X**	
Periodo de Cotización			Certificado del Revisor Fiscal actualizado	SI	NO
Fecha de Pago				**X**	
Valor Pagado					

AUTORIZACIÓN DE PAGO			
PERIODO/CUOTA A PAGAR:		**PERIODO/CUOTA A PAGAR:**	
JUNIO 2024		**$ 4.626.300**	
VALOR A PAGAR MEDIANTE LA PRESENTE ACTA:	Cuatro millones seiscientos veintiséis mil trescientos pesos.		
	$ 4.626.300		
VALOR EJECUTADO DEL CONTRATO (Incluyendo la presente orden)	$ 24.559.500	**SALDO DEL VR. DEL CONTRATO** (Después de la presente orden)	$ 40.440.500

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**