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	07	2024

ACTA No.	**005**

INFORMACION DEL CONTRATISTA	
NOMBRE: Mariana Gómez Correa	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. _X___T.I.____ C.E.____ NIT.__	**N°** 1.037.661.829

DATOS DE LA CUENTA:	
ENTIDAD FINANCIERA	**Bancolombia**
CUENTA N°	01900051880
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		
063-2024		063-2024			**11/03/2024**		
FECHA DE ACTA DE INICIO:		**11/03/2024** (Día/mes/año)					
VIGENCIA:		**Desde: 11/03/2024 Hasta*:15/12/2024** (Día/mes/año) *Incluyendo prórroga, si a esta hubo lugar					
OBJETO		Prestación de servicios de apoyo a la gestión para la oficina de Comunicaciones y Relaciones Públicas de la Institución Universitaria de Envigado en los procesos de producción de audiovisuales					
VALOR TOTAL		**VEINTI CINCO MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y UN MIL SETECIENTOS PESOS M/C**					
		$25.831.700					
FORMA DE PAGO		La Institución Universitaria de Envigado pagará el valor del presente contrato, así: El mes de marzo del 2024 se pagará el valor de UN MILLÓN OCHOCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS PESOS ($1.878.700); Desde abril a noviembre se pagará el valor de DOS MILLONES OCHOCIENTOS DIECIOCHO MIL PESOS ($2.818.000) cada mes Y el mes de diciembre se pagará el valor de UN MILLON CUATROCIENTOS NUEVE MIL PESOS ($1.409.000) 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 CLAUSULADO ANEXO – CONTRATACIÓN DIRECTA PERSONA NATURAL					
ADICION		**(EN LETRAS)**					
		$ XXXXXX					

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL	
DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	**REGISTRO PRESUPUESTAL**

NÚMERO	**FECHA** (día/mes/año)	**NÚMERO**	**FECHA** (día/mes/año)
0054	24/02/2024	0114	11/03/2024

RUBRO DE EJECUCIÓN	**TIPO DE RECURSO**	**VALOR A EJCUTAR DEL RUBRO**
232020200800000000000122138594 00000010000000000001354143	PROPIO	$2.818.000

SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL					
PERSONA NATURAL	SI	NO	**PERSONA JURÍDICA**	SI	NO
	X				
Valor Ingreso Base de Cotización	$ 1.300.000		**PRESENTA**		
			Certificado del Representante Legal Actualizado	SI	NO
Planilla No.	1064835448				
Periodo de Cotización	Julio		Certificado del Revisor Fiscal actualizado	SI	NO
Fecha de Pago	04/07/2024				
Valor Pagado	$ 377.300				

AUTORIZACIÓN DE PAGO			
PERIODO/CUOTA A PAGAR:		**PERIODO/CUOTA A PAGAR:**	
QUINTA		**JULIO**	
VALOR PARA PAGAR MEDIANTE LA PRESENTE ACTA:	**Dos millones ochocientos dieciocho mil pesos M/C**		
	$2.818.000=		
VALOR EJECUTADO DEL CONTRATO (Incluyendo la presente orden)	**$13.150.700=**	**SALDO DEL VR. DEL CONTRATO** (Después de la presente orden)	**$ 12.681.000=**

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: CLARIA LIA ORIZ BUSTAMANTE
Cargo: ASESORA OFICINA DE COMUNICACIONES Y RRPP