| | | |
|---|---|---|
| INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO<br>Ciencia, educación y desarrollo<br>Vigilada Mineducación | **ACTA DE AUTORIZACIÓN DE PAGO** | **Código:** F-RF-0022<br>**Versión:** 01<br>**Página** 1 de 2 |

| **FECHA** | **DIA** | **MES** | **AÑO** |
|---|---|---|---|
| | 13 | 08 | 2024 |

| **ACTA No.** | **6** |
|---|---|

| **INFORMACION DEL CONTRATISTA** | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | **TECNICOS GYM S.A.S** |
| **DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:**<br>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.<br>$ 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.<br>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.<br>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 |
|---|---|---|
| 2320202008000000000122138<br>5330000001000000000001151116 | PROPIOS | $ 3.067.400 |

| 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:** | |
| **JULIO 2024** | | **$ 3.067.400** | |
| **VALOR A PAGAR MEDIANTE LA PRESENTE ACTA:** | Tres millones sesenta y siete mil cuatrocientos pesos. | | |
| | $ 3.067.400 | | |
| **VALOR EJECUTADO DEL CONTRATO** (Incluyendo la presente orden) | $ 27.626.900 | **SALDO DEL VR. DEL CONTRATO** (Después de la presente orden) | $ 37.373.100 |

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**