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**
	16	05	2024

ACTA No.	**1**

INFORMACION DEL CONTRATISTA	
NOMBRE: SMARTCHIP S.A.S. representada legalmente por MAURICIO JOSÉ FLOREZ MONCAYO	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. _x___T.I.____ C.E.____ NIT.____	**N°** 811.046.254-4

DATOS DE LA CUENTA:	
ENTIDAD FINANCIERA	BANCOLOMBIA
CUENTA N°	360-00000374
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		
094-2024		CEIUE 0004-2022			21/03/2024		
FECHA DE ACTA DE INICIO:		21/03/2024 (Día/mes/año)					
VIGENCIA:		**Desde: 21/03/2024** (Día/mes/año) **Hasta*: 20/12/2024** *Incluyendo prórroga, si a esta hubo lugar					
OBJETO		Prestación de servicios para la personalización e impresión de carnés para identificación de la comunidad universitaria de la Institución Universitaria de Envigado.					
VALOR TOTAL		Cuarenta y Ocho Millones Cuatro Mil Seiscientos pesos IVA incluido					
		$ 48.004.600					
FORMA DE PAGO		Se realizará pagos parciales de acuerdo con el pedido que se realice, de la siguiente forma: Pagos parciales de acuerdo con las entregas de cada carné personalizado, elaborado e impreso por el contratista, de conformidad con los valores presentados en la Oferta Económica. Pagos parciales de acuerdo con la cantidad de jornadas presenciales de carnetización atendidas por el contratista durante la ejecución del contrato. 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 supervisión y acta de autorización de pago expedida por el supervisor. Adicionalmente, el contratista, deberá acreditar cada vez que solicite el pago, que se encuentra al día con el pago de aportes al Sistema Integral de Seguridad Social Integral y Parafiscales, según las condiciones establecidas en la Ley. La Institución contará con un término de hasta treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha de radicación de la factura o autorización de pago, para realizar cada desembolso.					
ADICION		(EN LETRAS)					
		$ XXXXXX					

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL		**REGISTRO PRESUPUESTAL**	
NÚMERO	**FECHA** (día/mes/año)	**NÚMERO**	**FECHA** (día/mes/año)
0051	23/01/2024	0200	01/04/2024

RUBRO DE EJECUCIÓN	**TIPO DE RECURSO**	**VALOR A EJCUTAR DEL RUBRO**
2320202008000000000 0122130000000000200 000000000841160	Propio	$ 24.341.450

SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL					
PERSONA NATURAL	SI	NO	**PERSONA JURÍDICA**	SI	NO
				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:**	
SE REGISTRA EL PERIODO A PAGAR, DE ACUERDO CON LA FORMA DE PAGO DEL ACTO ADMNINISTRATIVO		REGISTRAR EL(LOS) NUMERO(S) DE LA(S) FACTURA(S)	
VALOR A PAGAR MEDIANTE LA PRESENTE ACTA:	Veinticuatro millones trecientos cuarenta y un mil cuatrocientos cincuenta pesos m/cte **$** 24.341.450		
VALOR EJECUTADO DEL CONTRATO (Incluyendo la presente orden)	**$** 24.341.450	**SALDO DEL VR. DEL CONTRATO** (Después de la presente orden)	$ 23.663.150

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: **PAULA ANDRES CAICEDO HERRERA**

Cargo: **JEFE DE ADMISIONES Y REGISTRO**