INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO Ciencia, educación y desarrollo Vigilada Mineducación	**ACTA DE AUTORIZACIÓN DE PAGO**	**Código:** F-RF-0023 **Versión:** 01 **Página** 1 de 2

FECHA	**DIA**	**MES**	**AÑO**	**ACTA No.**	**001**
	13	11	2024		

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA	
NOMBRE: **DANIELA MANCO ARANGO**	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. X T.I. C.E. NIT.	**N°** 1.152.703.566

DATOS DE LA CUENTA:	
ENTIDAD FINANCIERA	BANCOLOMBIA
CUENTA N°	27519031618
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		
279-2024		CO1.PCCNTR.6940583			25/10/2024		
FECHA DE ACTA DE INICIO:		25/10/2024					
VIGENCIA:		**Desde: 25**/10/2024 **Hasta*:** 15/12/2024					
OBJETO	Prestación de servicios para brindar apoyo a la gestión en actividades asistenciales, auxiliares y demás requeridas en el marco de contrato interadministrativo N°ENV-07-09- 1191-24 suscrito con el municipio de Envigado.						
VALOR TOTAL	**$ 4.759.999** **CUATRO MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS M. L**						
FORMA DE PAGO	La Institución Universitaria de Envigado pagará el valor del presente mensualmente de conformidad con los honorarios establecidos, así: - Para el mes de octubre se pagará una cuota por valor de **QUINIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS ($559.999**) - Para el mes de noviembre se pagará una cuota por valor de **DOS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($2.800.000)** - Para el mes de diciembre se pagará una cuota por valor de **UN MILLÓN CUATROCIENTOS MIL PESOS ($1.400.000)**						
ADICIÓN	N/A						

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL			
DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL		**REGISTRO PRESUPUESTAL**	
NÚMERO	**FECHA** (día/mes/año)	**NÚMERO**	**FECHA** (día/mes/año)
CDP0382	22/10/2024	RDP0718	25/10/2024

RUBRO DE EJECUCIÓN	**TIPO DE RECURSO**	**VALOR A EJECUTAR DEL RUBRO**
2320202009000000000012213979900000010000000000531161	Propios	$559.999

SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL					
PERSONA NATURAL	SI	NO	**PERSONA JURÍDICA**	SI	NO
	X				X
Valor Ingreso Base de Cotización	$1.300.000		**PRESENTA**		
			Certificado del Representante Legal Actualizado	SI	NO
Planilla No.	1067780784				X
Periodo de Cotización	OCTUBRE		Certificado del Revisor Fiscal actualizado	SI	NO
Fecha de Pago	05/11/2024				X
Valor Pagado	$385.100				

AUTORIZACIÓN DE PAGO			
PERIODO/CUOTA A PAGAR:		**PERIODO/CUOTA A PAGAR:**	
OCTUBRE		CUOTA Nº. 001	
VALOR A PAGAR MEDIANTE LA PRESENTE ACTA:	**$559.999**		
	QUINIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS ML		
VALOR EJECUTADO DEL CONTRATO (Incluyendo la presente orden)	**$559.999**	**SALDO DEL VR. DEL CONTRATO** (Después de la presente orden)	**$4.200.000**

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: SHARON AGUDELO GUZMAN
Cargo: DIRECTORA DE EXTENSIÓN, PROYECCIÓN SOCIAL Y EMPRESARIAL