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.**	**002**
	26	12	2024		

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA	
NOMBRE: FUNDARTE	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. _ T.I. C.E. NIT.x	**N° 811.039.999-3**

DATOS DE LA CUENTA:	
ENTIDAD FINANCIERA	**BANCOLOMBIA**
CUENTA N°	**27415271040**
TIPO CUENTA	CORRIENTE
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		
0258-2024		CO1.PCCNTR.6888951			22/10/2024		
FECHA DE ACTA DE INICIO:		22/10/2024					
VIGENCIA:		**Desde:** 22/10/2024 **Hasta*:** 21/12/2024					
OBJETO		Prestación de servicios de apoyo a la gestión para realizar actividades de promoción, prevención, sensibilización y demás requeridas en el marco de ejecución del contrato interadministrativo 0193 de 2024 suscrito con El Instituto Para El Desarrollo De Antioquia -IDEA.					
VALOR TOTAL		**$**251.712.930					
		DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN MILLONES SETECIENTOS DOCE MIL NOVECIENTOS TREINTA PESOS M/L					
FORMA DE PAGO		La Institución Universitaria de Envigado pagará el valor del presente contrato, de conformidad con las actividades, campañas, sensibilizaciones y servicios efectivamente realizados y recibidos a satisfacción por parte del supervisor del contrato y de conformidad con los valores establecidos en la propuesta económica 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.					
ADICIÓN		N/A					

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL			
DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL		**REGISTRO PRESUPUESTAL**	
NÚMERO	**FECHA** (día/mes/año)	**NÚMERO**	**FECHA** (día/mes/año)
CDP0345	23/09/2024	RDP0704	22/10/2024

RUBRO DE EJECUCIÓN	TIPO DE RECURSO	VALOR A EJECUTAR DEL RUBRO
232020200900000000001221397990000000100 000000000531161	Propios	$ 67.985.213

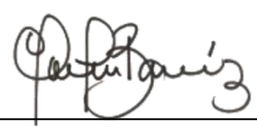
SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL					
PERSONA NATURAL	SI	NO	**PERSONA JURÍDICA**	SI	NO
				x	
Valor Ingreso Base de Cotización			**PRESENTA**		
			Certificado del Representante Legal Actualizado	SI	NO
Planilla No.				x	
Periodo de Cotización			Certificado del Revisor Fiscal actualizado	SI	NO
Fecha de Pago				x	
Valor Pagado					

AUTORIZACIÓN DE PAGO			
PERIODO/CUOTA A PAGAR:		**PERIODO/CUOTA A PAGAR:**	
DICIEMBRE		FACTURA F5289	
VALOR A PAGAR MEDIANTE LA PRESENTE ACTA:	SESENTA Y SIETE MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS TRECE PESOS M.L.		
	$ 67.985.213		
VALOR EJECUTADO DEL CONTRATO (Incluyendo la presente orden)	$207.825.727	**SALDO DEL VR. DEL CONTRATO** (Después de la presente orden)	$43.887.203

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: CLAUDIA NATALIA RAMIREZ PINO

Cargo: DIRECTORA (E)DE EXTENSIÓN, PROYECCIÓN SOCIAL Y EMPRESARIAL