INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO Ciencia, educación y desarrollo Vigilada Mineducación	**ACTA DE AUTORIZACIÓN DE PAGO**	**Código:** F-RF-0022 **Versión:** 02 **Página** 1 de 2

FECHA	**DIA**	**MES**	**AÑO**
	30	04	2025

ACTA No.	**003**

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		
CD - 20250055		**CD - 20250055**			**01/02/2025**		
FECHA DE ACTA DE INICIO:		**01/02/2025** (Día/mes/año)					
VIGENCIA:		**Desde: 01/02/2025 Hasta*:19/12/2025** (Día/mes/año)					
OBJETO		Prestación de servicios de apoyo a la gestión para brindar acompañamiento integral en los procesos de producción, animación gráfica e ilustración de recursos interactivos, audiovisuales y multimedia de la Oficina Asesora de Comunicaciones.					
VALOR TOTAL		**$32.963.333** **TREINTA Y DOS MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS**					
FORMA DE PAGO		La Institución Universitaria de Envigado pagará el valor del presente contrato, así: Se le pagará desde el mes de febrero hasta noviembre la suma de TRES MILLONES CIEN MIL PESOS ($3.100.000) Se le pagará desde en el mes de diciembre de 2025 las suma de UN MILLON NOVECIENTOS SESENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS ($1.963.333)					
ADICION		(EN LETRAS) **$** XXXXXX					

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL			
DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL		**REGISTRO PRESUPUESTAL**	
NÚMERO	**FECHA** (día/mes/año)	**NÚMERO**	**FECHA** (día/mes/año)

0075	24/01/2025	0047	31/01/2025

RUBRO DE EJECUCIÓN	TIPO DE RECURSO	VALOR A EJCUTAR DEL RUBRO
232020200800000000012213839 13000001000000000001354143	PROPIO	$ 3.100.000

SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL					
PERSONA NATURAL	SI	NO	**PERSONA JURÍDICA**	SI	NO
	X				
Valor Ingreso Base de Cotización	$1.423.500		**PRESENTA**		
			Certificado del Representante Legal Actualizado	SI	NO
Planilla No.	1071667438				
Periodo de Cotización	Abril		Certificado del Revisor Fiscal actualizado	SI	NO
Fecha de Pago	03/04/2025				
Valor Pagado	$413.300				

AUTORIZACIÓN DE PAGO			
PERIODO/CUOTA A PAGAR:		**PERIODO/CUOTA A PAGAR:**	
ABRIL		**TERCERA**	
VALOR PARA PAGAR MEDIANTE LA PRESENTE ACTA:	TRES MILLONES CIEN MIL PESOS M/C **$ 3.100.000**		
VALOR EJECUTADO DEL CONTRATO (Incluyendo la presente orden)	**$9.300.000=**	**SALDO DEL VR. DEL CONTRATO** (Después de la presente orden)	**$ 23.663.333 =**

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