FECHA	DIA	MES	AÑO
	25	07	2025

ACTA No.	1

INFORMACION DEL CONTRATISTA	
NOMBRE: INGEANCLAJES S.A.S.	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. ____T.I.____ C.E.____ NIT._X___	**N° NIT 900193965-4**

DATOS DE LA CUENTA:	
ENTIDAD FINANCIERA	**BANCOLOMBIA**
CUENTA N°	**00438923888**
TIPO CUENTA	**AHORROS**
Si no se diligencian estos datos, el pago será a través de giro bancario.	

INFORMACIÓN DEL ACTO ADMINISTRATIVO							
CONTRATO (C)		**ORDEN (O)**		**CONVENIO(CO)**		**RESOLUCIÓN (R)**	
N° DE C/O/CO/R:		**N° CONTRATO SECOP II:**			**FECHA DEL ACTO:** día/mes/año		
CD - 20250203		**CO1.PCCNTR.7963903**					
FECHA DE ACTA DE INICIO:		**16/06/2025** (Día/mes/año)					
VIGENCIA:		**Desde: 20/06/2025 Hasta*: 20/07/2025** (Día/mes/año) *Incluyendo prórroga, si a esta hubo lugar					
OBJETO	Prestación de servicios para la recertificación de 131 puntos de anclaje y 357 metros lineales de líneas de vida instalados en la Institución Universitaria de Envigado.						
VALOR TOTAL	**VEINTICUATRO MILLONES CUARENTA Y UN MIL SETECIENTOS QUINCE PESOS M/CTE IVA INCLUIDO**						
	$24.041.715 IVA INCLUIDO						
FORMA DE PAGO	Una (1) única cuota por equivalente al valor total del contrato, una vez el contratista haya realizado la prestación del servicio de mantenimiento y de rectificación de las líneas de vida y los anclajes que se encuentran en la institución, y las mismas hayan sido recibidas a satisfacción del supervisor del contrato. PARÁGRAFO 1: 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. PARÁGRAFO 2: 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)
CDP0276	22/04/2025	RDP1927	16/06/2025

RUBRO DE EJECUCIÓN	**TIPO DE RECURSO**	**VALOR A EJCUTAR DEL RUBRO**
2320202008000000000 01221383931000001000 00000001151116	PROPIO	$ 14.041.715
2320202008000000000 01221387156020001000 00000001151116	PROPIO	$ 10.000.000

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					
Valor Pagado	$XXXXXX				

AUTORIZACIÓN DE PAGO			
PERIODO/CUOTA A PAGAR:		**PERIODO/CUOTA A PAGAR:**	
ÚNICO PAGO MES DE JULIO		**ING10970**	
VALOR A PAGAR MEDIANTE LA PRESENTE ACTA:	**VEINTICUATRO MILLONES CUARENTA Y UN MIL SETECIENTOS QUINCE PESOS**		
	$ 24.041.715		
VALOR EJECUTADO DEL CONTRATO (Incluyendo la presente orden)	**$ 24.041.715**	**SALDO DEL VR. DEL CONTRATO** (Después de la presente orden)	**$ 0**

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 de Servicios Generales**

Proyecta	**Revisa**
	Mario Alberto A.C
JUAN DIEGO PÉREZ ÁLVAREZ	MARIO ALBERTO ARBOLEDA CALLE