Institución Universitaria de Envigado	**ACTA DE AUTORIZACIÓN DE PAGO**	**Código:** F-RF-0022 **Versión:** 02 **Página** 1 de 2

FECHA	DIA	MES	AÑO
	09	12	2025

ACTA No.	001

INFORMACION DEL CONTRATISTA	
NOMBRE: LAURA CARDENAS ECHAVARRIA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. ____X__T.I.___ C.E.___ NIT.___	**N° 1152201643**

DATOS DE LA CUENTA:	
ENTIDAD FINANCIERA	**BANCOLOMBIA**
CUENTA N°	**36665087853**
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 - 20250339		CO1.PCCNTR.8524102				01/11/2025			
FECHA DE ACTA DE INICIO:		01/11/2025							
VIGENCIA:		**Desde: 01/11/2025 Hasta*: 30/12/2025**							
OBJETO		“Prestación de servicios profesionales para brindar acompañamiento integral en el desarrollo de las actividades requeridas en el marco del contrato interadministrativo No. SAB-01-2267-25 celebrado entre la Institución Universitaria de Envigado y el Municipio de Sabaneta.”							
VALOR TOTAL		VEINTE MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE							
		$ 20.586.666							
FORMA DE PAGO		La Institución Universitaria de Envigado pagará el valor del presente contrato, así: Dos cuotas (02) cuotas iguales mensuales para el servicio prestado en los meses de noviembre y diciembre, cada una por valor de DIEZ MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE ($10.293.333).							
ADICION		**N/A**							
		N/A							

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL			
DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL		**REGISTRO PRESUPUESTAL**	
NÚMERO	**FECHA** (día/mes/año)	**NÚMERO**	**FECHA** (día/mes/año)
CDP0689	16/10/2025	RDP8048	31/10/2025

RUBRO DE EJECUCIÓN	TIPO DE RECURSO	VALOR A EJECUTAR DEL RUBRO

23202020080000000000122138594000000100000000000532159	Propios	**$ 10.293.333**

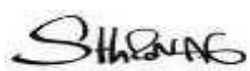
SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL					
PERSONA NATURAL	SI	NO	**PERSONA JURÍDICA**	SI	NO
	x				x
Valor Ingreso Base de Cotización	$ 4.117.333		**PRESENTA**		
			Certificado del Representante Legal Actualizado	SI	NO
Planilla No.	1077749211				x
Periodo de Cotización	Noviembre		Certificado del Revisor Fiscal actualizado	SI	NO
Fecha de Pago	04/12/2025				x
Valor Pagado	$1.254.300				

AUTORIZACIÓN DE PAGO			
PERIODO/CUOTA A PAGAR:		**PERIODO/CUOTA A PAGAR:**	
NOVIEMBRE		**CUOTA NO. 001**	
VALOR A PAGAR MEDIANTE LA PRESENTE ACTA:	**DIEZ MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE** **$ 10.293.333**		
VALOR EJECUTADO DEL CONTRATO (Incluyendo la presente orden)	**$ 10.293.333**	**SALDO DEL VR. DEL CONTRATO** (Después de la presente orden)	**$ 10.293.333**

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