2025 12 30 4,800,000.00

ECHEVERRI RESTREPO JOHANNA MARIA

CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS CON CERO CVS M/CTE.

COMPROBANTE Nro.: 020 - 039605
FECHA: 2025 12 30
BENEFICIARIO: ECHEVERRI RESTREPO JOHANNA MARIA CC/NIT No.:1045047736
DIRECCION: CL 48 79 18 AP 601 ED TORREON DE TELEFONO No.:3017495345

SON : CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS CON CERO CVS M/CTE.

CC/NIT	VALOR
1045047736	4,800,000

CONCEPTO PAGO CONTRATISTA ACTA 02
CHEQUE Nro: 0
BANCO : BANCO AV VILLAS-BANCO AV VILLAS

irma.corr

INSTITUCION UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

NIT: 811.000.278-2

ORDEN DE PAGO No. OP22456

CANCELAR A: ECHEVERRI RESTREPO JOHANNA MARIA

NIT: 1045047736-1 CIUDAD Y FECHA :Envigado, 30/12/2025

DESCRIPCIÒN		VALOR
Prestación de servicios profesionales para brindar acompañamiento integral y fortalecimiento en los procesos y proyectos transversales que se desarrollan desde la Dirección Extensión, Proyección Social y Empresarial de la Institución Universitaria de, FACTURA No. ACTA 2		
24255201	HONORARIOS	4,800,000.00
72210202	HONORARIOS	4,800,000.00

Total CXP	$4,800,000.00
Descuentos	$0.00
Valor Neto	$4,800,000.00

IMPUTACIÒN PRESUPUESTAL

Registro pres.	Nombre del Rubro	Vig	Cta	Sub	Obj	Ord	Srd	Rec	Valor
	Servicios Prestados A Las Empresas Y Servicios De	2025	320	202	008	000	00	00	$4,800,000.00

SON: CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS CON CERO CVS M/CTE. $4,800,000.00

Elaborado por

Coord. Contabilidad y Presup(E)

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

FECHA	DIA	MES	AÑO
	30	12	2025

ACTA No.	02

INFORMACION DEL CONTRATISTA	
NOMBRE:JOHANNA MARIA ECHEVERRI RESTREPO	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. x T.I.____ C.E.____ NIT.____	**N° 1.045.047.736**

DATOS DE LA CUENTA:	
ENTIDAD FINANCIERA	**Bancolombia**
CUENTA N°	**27576328953**
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 - 20250333		**CO1.PCCNTR.8520544**			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 y fortalecimiento en los procesos y proyectos transversales que se desarrollan desde la Dirección Extensión, Proyección Social y Empresarial de la Institución Universitaria de Envigado						
VALOR TOTAL	**NUEVE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE.**						
	$ 9.600.000						
FORMA DE PAGO	La Institución Universitaria de Envigado pagará el valor del presente contrato, así: - Se pagará dos cuotas mensuales iguales por valor de CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($4.800.000) cada uno.						
ADICION	**N/A**						
	N/A						

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL			
DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL		**REGISTRO PRESUPUESTAL**	
NÚMERO	**FECHA** (día/mes/año)	**NÚMERO**	**FECHA** (día/mes/año)
CDP0688	16/10/2025	RDP8046	31/10/2025

RUBRO DE EJECUCIÓN	TIPO DE RECURSO	VALOR A EJCUTAR

		DEL RUBRO
23202020080000000000122138594000000100000000000532159	PROPIOS.	$4.800.000

SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL					
PERSONA NATURAL	SI	NO	**PERSONA JURÍDICA**	SI	NO
	X				
Valor Ingreso Base de Cotización	$ 1,920,000		**PRESENTA**		
			Certificado del Representante Legal Actualizado	SI	NO
Planilla No.	**81871514**				
Periodo de Cotización	Diciembre-2025		Certificado del Revisor Fiscal actualizado	SI	NO
Fecha de Pago	15/12/2025				
Valor Pagado	$557.300				

AUTORIZACIÓN DE PAGO			
PERIODO/CUOTA A PAGAR:		**PERIODO/CUOTA A PAGAR:**	
DICIEMBRE		**CUOTA 002**	
VALOR A PAGAR MEDIANTE LA PRESENTE ACTA:	**CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE.**		
	$ 4.800.000		
VALOR EJECUTADO DEL CONTRATO (Incluyendo la presente orden)	**$ 9.600.000**	**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: **SHARON GUDELO GUZMAN**

Cargo: **Directora de Extensión, Proyección Social y Empresarial.**