Colpensiones	FORMATO AUTORIZACIÓN PARA PAGOS CONTRATO/ACEPTACIONES DE OFERTA/CONVENIOS	CÓDIGO:	GAO-GFI-FMT-021
		VERSIÓN:	2
		FECHA:	12/8/2020

1. Fecha de autorización para pago:	18	10	2024

I. DATOS CONTRATO/ ACEPTACIÓN DE OFERTA/ CONVENIO

2. Contrato /Aceptación Oferta/Convenio:	CTO	**3. Número y Año:**	104 de 2023

4. Objeto: Servicio de suscripción, implementación, configuración y soporte de un sistema como servicio que gestione de forma integral todos los procesos de medicina laboral y que se integre con la plataforma tecnológica de Colpensiones.

5. Fecha de inicio:	16	1	2024	**6. Fecha de terminación:**	31	12	2025
7. Nombre contratista:	REN CONSULTORES S.A.S.						
8. Identificación contratista:	NIT 900810402-8						
9. Cesión: NO	**a) A Nombre:**			**b) Identificación:**			

II. AUTORIZACIÓN PARA PAGO CONTRATO / ACEPTACIÓN DE OFERTA

El suscrito supervisor del contrato, **CERTIFICA** que el contratista cumplió a satisfacción con el objeto y las obligaciones contratadas, y en consecuencia, se **AUTORIZA** ordenar el pago de las facturas y/o cuentas de cobro relacionadas a continuación:

Factura / Cuenta de Cobro / Nota Crédito				12. RPM		13. BEPS	
10. Número Factura (Física / Electrónica)	11. Fecha emisión de la factura: DD	MM	AAAA	a. Valor bruto	b. Número Pedido/RP	a. Valor bruto	b. Número Pedido/RP
REN 63723	17	10	2024	$ 16.850.400	4700008546		
REN 63724	17	10	2024	$ 64.440.000	4700008546		
14. Valor total autorizado para pago:				**$**	**81.290.400**	**$**	**-**

15. Manejo de Anticipo:	NO	**a. Valor a amortizar:**		**b. Saldo por amortizar**	

III. ANEXOS Y OBSERVACIONES

16. Pago parafiscales y/o seguridad social:	x	**17. Informe parcial de ejecución y supervisión:**	

18. Otros anexos (entregables, informes o productos)**:**

19. Observaciones: Factura emitida electrónicamente

IV. SUPERVISOR AUTORIZA PAGO

20. Nombre del Supervisor o Interventor:	**LUZ MARYEN LOZANO ROSAS**
21. Cargo del Supervisor o Interventor:	**DIRECTORA DE MEDICINA LABORAL**
22. Vicepresidencia/Oficina y Gerencia:	**Vicepresidencia de Operaciones de RPM/ Gerencia de Determinación de Derechos**



23. Firma del Supervisor o Interventor

CAMPOS EXCLUSIVOS DIRECCIÓN FINANCIERA

No. Acreedor:		Tipo Doc. SAP:	
Pedido RP:		EM-Pos RP:	
Doc. Logístico:		Doc Contable:	
Valor Neto CxP:		Segmento:	
Receptor Pago:		Revisó:	
Elaboró:		Hora:	
Fecha:			

24. Nombre del Supervisor o Interventor:	**CARLOS JAVIER LEON LEON**
25. Cargo del Supervisor o Interventor:	**DIRECTOR DE SISTEMAS DE INFORMACION (A)**
26. Vicepresidencia/Oficina y Gerencia:	**Vicepresidencia de Planeación y Tecnologías de la Información/ Gerencia de Tecnologías de la Información**



27. Firma del Supervisor o Interventor

CAMPOS EXCLUSIVOS DIRECCIÓN FINANCIERA

No. Acreedor:		Tipo Doc. SAP:	
Pedido RP:		EM-Pos RP:	
Doc. Logístico:		Doc Contable:	
Valor Neto CxP:		Segmento:	
Receptor Pago:		Revisó:	
Elaboró:		Hora:	
Fecha:			

28. Entrada (s) Mercancía:

29. Información de contacto Yanneth Silva