Corpoboyacá	CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE BOYACÁ	RECURSOS FINANCIEROS Y FISICOS	
		FORMATO DE REGISTRO	
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	FRF-18	Página 1 de 2
		Versión 7	11/03/2020

INFORME DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA EL PAGO

CONTRATO/CONVENIO: C D S 2 0 2 3 5 0 1 De fecha: 18/08/2023
(dd/mm/aaaa)
(Fecha de suscripción del contrato)

N° DE FICHA SGI-ALMERA: ___N/A_____

CONTRATISTA: GESTIONAMOS CONSULTORES EMPRESARIALES SAS	NIT O CEDULA: 900.872.182-8
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL (cuando aplique): MARIA KARINA ARENAS CUBILLOS	
OBJETO: REALIZAR LA APLICACIÓN DE LA BATERIA EN RIESGO PSICOSOCIAL, ASI COMO SU TABULACION, ANALISIS, INFORME, SOCIALIZACION DE RESULTADOS Y CRONOGRAMA, PARA LOS FUNCIONARIOS DE LA CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE BOYACA CORPOBOYACA, DE CONFORMIDAD CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DESCRITAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS.	
Fecha de inicio: 04/09/2023	Fecha de terminación: 03/12/2023
Plazo inicial del contrato: Tres (03) meses contados a partir de la suscripción del acta de iniciación, sin exceder el 31 de diciembre de 2023.	Valor inicial ($):OCHO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS ($8.546.342) ML INCLUIDO IVA
N° de CDP:2023001127	Fecha del CDP:18/07/2023
N° de Registro Presupuestal:2023001759	Fecha del registro:18/08/2023
Entrada a almacén: SI__X__ NO____	Entrada de productos al Centro de Documentación: SI___ NO__X

NOVEDADES DE LA EJECUCIÓN * (si aplica)		
PRORROGA	N°: N/A	Fecha suscripción prorroga: N/A
	Tiempo: N/A	Nuevo plazo: N/A
	Nueva fecha de terminación: N/A	
ADICIÓN	N°: N/A	Fecha suscripción adición: N/A
	Valor ($):N/A	Valor total ($):N/A
SUSPENSIÓN	N°: N/A	Fecha de suspensión: N/A
	Tiempo: N/A	Fecha de reinicio: N/A
Fecha real de terminación (si aplica): 03/12/2023		

**De ser necesario inserte filas en la novedad correspondiente*

VALOR APORTE CORPOBOYACÁ ($)	VALOR APORTE CONTRAPARTIDA ($)
N/A	N/A

Aplica para convenios

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS y/o ACTIVIDADES A TENER EN CUENTA PARA ORDENAR EL PAGO					
No.	DETALLE (Descripción de la actividad, bien o servicio pactado para el pago parcial y/o total correspondiente)	CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES
		SI	NO	N/A	
1	REALIZAR LA APLICACIÓN DE LA BATERIA EN RIESGO PSICOSOCIAL, ASI COMO SU TABULACION, ANALISIS, INFORME, SOCIALIZACION DE RESULTADOS Y CRONOGRAMA, PARA LOS FUNCIONARIOS DE LA CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE BOYACA CORPOBOYACA, DE CONFORMIDAD CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DESCRITAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS	X			

De ser necesario inserte filas

INFORME DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA EL PAGO

PROGRAMACION DE PAGOS POR FUENTE:

ASIGNACIÓN DE CODIGO DE FUENTE PARA PAGO					TOTAL VALOR A PAGAR (Σ Valores programados)	$ 8.546.342
	DIGITE EL NUMERO DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN FRF-01 A ↓	B ↓	C ↓			
CODIGO FUENTE	**1.2.3.1.01.01.01**	_____	_____	....		
VALOR PROGRAMADO POR CADA FUENTE	$ 8.546.342	$	$			

PROGRAMACION DE PAGOS						SALDO INICIAL (TOTAL VALOR A PAGAR)↑	$ 8.546.342	No. (n) DE PAGOS (x): _____
MARQUE CON UNA X EL PAGO APLICABLE PARA ESTE INFORME	PAGO N° n/x	DIGITE UNICAMENTE EL CODIGO FUENTE, DE ACUERDO A LA DISTRIBUCION PARA PAGO RELACIONADA EN EL CUADRO SUPERIOR						
		A	B	C		D	E	
		1.2.3.1.01.01.01	_____	_____	...Inserte columnas de ser necesario	**TOTAL PAGO ($)** (A+B+C+...)	**SALDO DESPUES DEL PAGO (E↑-D)**	
X	1	$ 7.588.868	$			$ 7.588.868	$ 957.474	

... Insertar filas de ser necesario

ANEXOS:

- Factura o documento equivalente original (para contratos de arrendamiento, solo adjunte este soporte)
- Acta de Inicio (aplica para el primer desembolso)
- Fotocopia del Registro Único Tributario – RUT actualizado con fecha de impresión no mayor a 30 días, (aplica para todos los desembolsos)
- Certificación bancaria (aplica para todos los desembolsos)
- Fotocopia de aprobación de pólizas (según aplique) (aplica para el primer desembolso o si hay novedad)
- Adición y/o prorroga al contrato (si aplica)
- Comprobante original de entrada a Almacén (si aplica)
- Registro entrega de documentos originales producto de contratos y convenios debidamente diligenciado, (si apli
- Certificación o planilla de pago de seguridad social (conforme a lo establecido en el contrato).
- Acta de Terminación y Liquidación (aplica para el último desembolso).
- Valor de las estampillas $56000 (anexar estampillas y consignación)
- Otros cuando se requiera (relacione lo pertinente en el cuadro de observaciones)

OBSERVACIONES (si aplica):

Corpoboyacá	CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE BOYACÁ	RECURSOS FINANCIEROS Y FISICOS FORMATO DE REGISTRO	
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	FRI -18	Página 3 de 2
		Versión 7	11/03/2020

INFORME DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA EL PAGO

NOMBRE	YANNETH VARGAS SANCHEZ
CARGO/ROL	INTERVENTOR/ SUPERVISOR
NIT/CEDULA	46.375.619
FIRMA	

** De ser necesario copie el anterior cuadro para firma de otro(s) supervisor(es)*

Nota: En mi condición de interventor / supervisor, manifiesto que he revisado, verificado y comprobado que los documentos exigidos necesarios para autorizar el presente desembolso de recursos cumplen con los requisitos formales, por lo tanto, bajo mi absoluta responsabilidad, garantizo la viabilidad del trámite financiero para el pago. *(Art 83 y 84, Ley 1474 de 2011)*

	Solo para ser diligenciado por el Subdirector responsable del proceso respectivo.	*Solo para ser diligenciado por el encargado de la oficina de Contabilidad*
NOMBRE:	ANA ISABEL BERNAL CAMARGO	
CARGO:	SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	
Vo. Bo:		
FECHA:		