	PROCESO DE GESTIÓN FINANCIERA			
	CERTIFICADO DE SUPERVISION			
VERSIÓN: 00	RESPONSABLE: DIRECCIÓN ADM Y FINANCIERA	FECHA: 27-02-2024	PAGINA: 1	CODIGO: GF-R-11

INFORME NÚMERO:	0001	**FECHA DEL INFORME:** (dd/mm/aa)	11/04/2024

GRADO DE RESPONSABILIDAD

MEDIANTE LA SUSCRIPCIÓN DE LA PRESENTE ACTA, EL SUPERVISOR ASUME PLENA RESPONSABILIDAD POR LA VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN EN ELLA CONTENIDA:

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

TIPO DE ACTO CONTRACTUAL:	**CONTRATO**	**NÚMERO:**	0129	**FECHA :** (dd/mm/aa)	11/03/2024
No. DE LA ORDEN DE COMPRA (si aplica)	**N/A**	**FECHA ORDEN DE COMPRA**	N/A	**No. PROCESO SECOP II**	IND-CD-0128-2024
CONTRATISTA O COOPERANTE: (Adicione filas si es necesario)		MARIO ENRIQUE ANGEE VILLANUEVA		**NIT:**	10015727
VALOR INICIAL:		$ 30.000.000,00		**PLAZO INICIAL:**	3 MESES Y 20 DIAS
CDP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)		2024000208		**RP(S) INICIAL / VIGENCIA:** (Adicione filas si es necesario)	2024-000189
NOMBRE DEL SUPERVISOR QUE SUSCRIBE EL PRESENTE INFORME: (Adicione filas si es necesario)		YAISNETH PATRICIA ARIZA MEDINA		**ACTO ADMINISTRATIVO O CONTRACTUAL DE DESIGNACIÓN Y FECHA:**	CONTRATO 129 del 11 de marzo de 2024
CORREO ELECTRONICO DEL SUPERVISOR:		dir.adtiva.indeportestolima@gmail.com			
FECHA DE LEGALIZACION DEL ACTO CONTRACTUAL INICIAL: (dd/mm/aa)		12/04/2024		**FECHA INICIACION:** (dd/mm/aa)	12/04/2024

1.1 INFORMACIÓN REQUERIDA EN CASO DE ACTAS DE CESIÓN

CONTRATISTA CEDENTE	**N/A**	**NIT:**	**N/A**
CONTRATISTA CESIONARIO	**N/A**	**NIT:**	**N/A**

1.2 INFORMACIÓN REQUERIDA EN CASO DE CONTRATOS DE COMISIÓN (BOLSA MERCANTIL DE COLOMBIA)

CONCEPTO DEL PRESENTE PAGO (Marque con una X según el tipo de pago a realizar)		BENEFICIARIO Y NIT DEL PRESENTE PAGO	ACTO ADMINISTRATIVO O CONTRACTUAL QUE RESPALDA EL PRESENTE PAGO Y FECHA
PAGO GASTOS DE COMISIÓN	**N/A**	**N/A**	**N/A**
PAGO REGISTRO EN BOLSA Y SISTEMA DE COMPENSACIÓN Y LIQUIDACIÓN	**N/A**	**N/A**	**N/A**
PAGO DE LA OPERACIÓN NEGOCIO:	**N/A**	**N/A**	**N/A**
OTROS:	**N/A**	**N/A**	**N/A**

1.3 INFORMACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL, SI APLICA (Adicione filas si es necesario)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT:	POCENTAJE DE PARTICIPACIÓN
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A

2. INFORMACIÓN SOBRE ACTAS ADICIONALES, MODIFICATORIAS, RESOLUCIONES, ACTA DE LIQUIDACIÓN (SI APLICA)

2.1 INFORMACIÓN SOBRE ADICIONALES, MODIFICATORIAS, ACLARATORIAS OTROSÍ, RESOLUCIONES, (CAMBIO DE SUPERVISOR, IMPUTACION PRESUPUESTAL, ETC) Y ACTA DE LIQUIDACIÓN (Si aplica) (Adicione filas si es necesario)

TIPO DE DOCUMENTO SOPORTES (ACTA O RESOLUCIÓN) NÚMERO:	NÚMERO IDENTIFICADOR SECOP II	FECHA (dd/mm/aaaa)	OBJETO	FECHA DE LEGALIZACION (dd/mm/aaaa)

2.2 INFORMACIÓN SOBRE ADICIONALES, MODIFICATORIAS, OTROSÍ, O RESOLUCIONES EN TEMAS DE VALOR, PLAZO E IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL (Adicione filas si es necesario)

TIPO DE DOCUMENTO SOPORTES (ACTA O RESOLUCIÓN) NÚMERO:	NÚMERO IDENTIFICADOR SECOP II	FECHA (dd/mm/aaaa)	VALOR ADICIONADO O DISMINUIDO	PLAZO ADICIONADO O DISMINUIDO	RP y CDP	FECHA DE LEGALIZACION (dd/mm/aaaa)
			$ -		CDP: RP:	

2.3 ACTAS DE SUSPENSIÓN Y REINICIACIÓN (adicione filas si es necesario)

FECHA SUSPENSIÓN (dd/mm/aaaa)	No. DEL ACTA	FECHA DEL ACTA (dd/mm/aaaa)		FECHA REINICIACIÓN (dd/mm/aaaa)	No. DEL ACTA	FECHA DEL ACTA (dd/mm/aaaa)
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

3. INFORMACIÓN BASICA PARA EL PAGO

ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO: (Marque con una X)	**NO**	**SEGÚN CERTIFICACIÓN DE EXPEDIDA POR :** (Mencione la Entidad que le otorgó la personería jurídica de ESAL)		**N/A**
ENTIDAD PUBLICA: (Marque con una X)	**NO**	**TIPO DE DESEMBOLSO A REALIZAR SEGÚN ACTO CONTRACTUAL:**		**PAGO PARCIAL**
PERÍODO QUE COMPRENDE EL PRESENTE PAGO:		12 al 31 de marzo	**MUNICIPIO DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:**	Ibague
COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN O CERTIFICACIÓN DEL ALMACENISTA (adicione filas si es necesario)		**N/A**	**FECHA COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN O CERTIFICACIÓN DEL ALMACENISTA:** (dd/mm/aa)	**N/A**
No. DE FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A FACTURAR (adicione filas si es necesario)		0001	**FECHA FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A FACTURAR:** (dd/mm/aa)	11/04/2024
VERIFICACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL Y/O PARAFISCALES ART. 50 DE LA LEY 789/02 (Las planillas y meses deben ser coherentes con el período que comprende el presente pago) (adicione filas si es necesario)				
PLANILLA DE LIQUIDACIÓN No:		7921606014 - 7922871463	**MES DE COTIZACIÓN:**	Marzo
FECHA DE LA CERTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O REVISOR FISCAL:		**N/A**	**MES DE COTIZACIÓN:**	**N/A**
SI EL CONTRATISTA (persona natural), NO SE ENCUENTRA OBLIGADO A COTIZAR PENSIÓN MARQUE CON UNA X SEGÚN EL MOTIVO QUE CORRESPONDA,INDICANDO EL RESPECTIVO SOPORTE				
ES PENSIONADO:	**N/A**	**SOPORTE QUE ACREDITA, NÚMERO Y FECHA**	**N/A**	
ADQUIRIÓ DERECHO PARA PENSIONARSE:	**N/A**		**N/A**	
NO ALCANZA A PENSIOANARSE SEGÚN EDAD Y TIEMPO COTIZADO:	**N/A**		**N/A**	

4. INFORMACIÓN CONTABLE

4.1 INFORMACIÓN CONTABLE PARA CONTRATOS DE OBRAS DE INFRAESTRUCTURA, DE PROPIEDAD DEL DEPARTAMENTO

NOMBRE DE LA OBRA:	**N/A**		**VÍA DE SEGUNDO ORDEN:**	**N/A**
CLASIFICACIÓN DE LA INVERSIÓN Y VALOR:	**REHABILITACIÓN Y/O MEJORAMIENTO**		**VALOR**	$ -
	CONSTRUCCIÓN		**VALOR**	$ -
	MANTENIMIENTO		**VALOR**	$ -

4.2 INFORMACIÓN CONTABLE PARA ADQUISICIÓN O COMPRA DE INMUEBLES (adicione filas si es necesario)

CONCEPTO	VALOR	DOCUMENTO SOPORTE
TERRENO	$ -	
EDIFICACIÓN	$ -	
MEJORAS	$ -	
OTROS _____	$ -	

4.3 DISTRIBUCIÓN DEL PRESENTE PAGO POR IDENTIFICACIÓN PRESUPUESTAL (adicione filas si es necesario)

IDENTIFICACIÓN PRESUPUESTAL (CÓDIGO PRESUPUESTAL)	No. RP	No. RP PARA SPGR	VALOR A AFECTAR PARA EL PRESENTE PAGO
	2024000208	N/A	$ 5.675.676,00
N/A	N/A	N/A	$ -
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO:			$ 5.675.676,00

4.4 VALOR PRESENTE PAGO

(Adicionar filas, cuando en el pago concurran recursos con situación de fondos y recursos sin situación de fondos)

VALOR PRESENTE ACTA (VALOR EJECUTADO)	$ 5.675.676,00
(-) VALOR AMORTIZACION ANTICIPO O LEGALIZACIÓN DE PAGO ANTICIPADO	$ -
SUBTOTAL PRESENTE PAGO EJECUTADO	$ 5.675.676,00
(+) VALOR PRESENTE ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO	$ -
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO	$ 5.675.676,00

4.5 BALANCE DEL ANTICIPO

(Adicionar filas, cuando en el pago concurran recursos con situación de fondos y recursos sin situación de fondos)

VALOR PRESENTE ANTICIPO	$ -	
VALOR ANTICIPOS ANTERIORES	$ -	
VALOR AMORTIZADO EN PAGOS ANTERIORES		$ -
VALOR DE AMORTIZACIÓN EN EL PRESENTE PAGO		$ -
VALOR PENDIENTE POR AMORTIZAR		$ -
SUMAS IGUALES	$ -	$ -

4.6 BALANCE DEL PAGO ANTICIPADO

(Adicionar filas, cuando en el pago concurran recursos con situación de fondos y recursos sin situación de fondos)

VALOR PRESENTE PAGO ANTICIPADO	$ -	
VALOR PAGO ANTICIPADOS ANTERIORES	$ -	
VALOR LEGALIZADO EN PAGOS ANTERIORES		$ -
VALOR LEGALIZADO EN EL PRESENTE PAGO		$ -
VALOR PENDIENTE POR LEGALIZAR		$ -
SUMAS IGUALES	$ -	$ -

4.7 BALANCE DEL ACTO CONTRACTUAL POR EL DEPARTAMENTO

(Adicionar filas, cuando en el pago concurran recursos con situación de fondos y recursos sin situación de fondos)

VALOR DEL ACTO CONTRACTUAL	$ 30.000.000,00	
ADICIONES O DISMINUCIONES	$ -	
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO CANCELADO		$ -
PAGOS PARCIALES CANCELADOS		$ -
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO		$ 5.675.676,00
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL		$ 24.324.324,00
SUMAS IGUALES	$ 30.000.000,00	$ 30.000.000,00

4.8 BALANCE ACTO CONTRACTUAL POR EL COOPERANTE (Si hay más de un cooperante, agregar balances por cada uno de ellos)		
VALOR DEL ACTO CONTRACTUAL	$ -	
ADICIONES O DISMINUCIONES EN VALOR	$ -	
ANTICIPO CANCELADO		$ -
PAGOS PARCIALES CANCELADOS		$ -
VALOR PRESENTE PAGO		$ -
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL		$ -
SUMAS IGUALES	$ -	$ -

5. INFORMACION CUENTA BANCARIA PARA CONSIGNACION PRESENTE PAGO (SEGÚN MINUTA CONTRATO, O SECOP, O CESION PAGO DEBIAMENTE AUTORIZADO POR CONTRATISTA Y ORDENADOR DEL GASTO)

NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA	TIPO CUENTA BANCARIA	NUMERO CUENTA BANCARIA
DAVIVIENDA	AHORROS	302674098

6. CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA EN MENCIÓN:

Ha cumplido durante el presente período, en lo pertinente, con el objeto, obligaciones, compromisos y/o requisitos establecidos en el acto contractual en mención y en los documentos adicionales que hacen parte integral del mismo.

Por lo anterior, se da el visto bueno para realizar el pago correspondiente.

NOMBRE(s) DEL SUPERVISOR(es) **YAISNETH PATRICIA ARIZA MEDINA**

FIRMA(s):

NOTA: TODOS LOS CAMPOS DEL INFORME DE SUPERVISIÓN DEBEN SER DILIGENCIADOS, CUANDO ALGÚN ÍTEM NO APLIQUE SE DEBE REGISTRAR "N/A" **EN LOS CAMPOS DEL TEXTO; EN LOS CAMPOS DE CIFRAS O VALORES, CUANDO NO HAYA VALOR SE DEBERÁ REGISTRAR "0"**