

	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:		0002	FECHA DEL INFORME: (dd/mm/aa)		02/05/2024	
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.indeportestollma@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, IMPUTACIÓN 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)	N/A	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
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:	01 al 30 de abril		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)	0002		FECHA FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A FACTURAR: (dd/mm/aa)	2/05/2024	
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 periodo que comprende el presente pago) (adicione filas si es necesario)					
PLANILLA DE LIQUIDACIÓN No:			MES DE COTIZACIÓN:	Abril	
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			N/A	
ADQUIRIÓ DERECHO PARA PENSIONARSE:	N/A	SOPORTE QUE ACREDITA, NÚMERO Y FECHA		N/A	
NO ALCANZA A PENSIÓANARSE 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		
2320202009	2024000208	N/A	\$ 8.108.108,00		
N/A	N/A	N/A	\$ -		
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO:			\$ 8.108.108,00		
4.4 VALOR PRESENTE PAGO (Adicionar filas, cuando en el pago concurren recursos con situación de fondos y recursos sin situación de fondos)					
VALOR PRESENTE ACTA (VALOR EJECUTADO)			\$ 8.108.108,00		
(-) VALOR AMORTIZACION ANTICIPO O LEGALIZACIÓN DE PAGO ANTICIPADO			\$ -		
SUBTOTAL PRESENTE PAGO EJECUTADO			\$ 8.108.108,00		
(+) VALOR PRESENTE ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO			\$ -		
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO			\$ 8.108.108,00		
4.5 BALANCE DEL ANTICIPO (Adicionar filas, cuando en el pago concurren 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 concurren 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 concurren 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			\$ 5.675.676,00		
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO			\$ 8.108.108,00		
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL			\$ 16.216.216,00		
SUMAS IGUALES			\$ 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"		