República de Colombia Gobernación de Santander	INFORME DE SUPERVISIÓN	CÓDIGO	AP-CCP-RG-03
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	22/03/2023
		PÁGINA	1 DE1

INFORME DE SUPERVISIÓN N° 01

TIPO DE CONTRATO:	CARTA DE ACEPTACIÓN
CONTRATO No. Y FECHA:	CO1.PCCNTR.6779106 DEL 16 DE SEPTIEMBRE DE 2024
CONTRATISTA:	FUNDACION COLOMBIA SIN FRONTERAS
Nit O C.C. No.:	900411958
OBJETO:	FORTALECIMIENTO DE NEGOCIOS VERDES DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER

VALOR INICIAL:	$95,096,000.00					
VALOR ADICIONAL:	$0.00					
ANTICIPO INICIAL:	$0.00					
ANTICIPO ADICIONAL:	$0.00					
AMORTIZACION ANTICIPO INICIAL:	$0.00					
AMORTIZACION ANTICIPO ADIC:	$0.00					
PLAZO INICIAL:	UN (1) MESES					
PLAZO ADICIONAL:	NO APLICA					
NOMBRE INTERVENTOR Y CONTRATO:	NO APLICA					
Nit O C.C. No. DEL INTERVENTOR:	NO APLICA					
SUPERVISOR:	ELIDA PEREZ ORJUELA SEGÚN ACTO ADMINISTRATIVO DE DESIGNACIÓN DE SUPERVISIÓN DEL 16 DE SEPTIEMBRE DE 2024					
FECHA INICIACIÓN:	03 DE OCTUBRE DE 2024					
ACTA DE SUSPENSIÓN: N.A N.A N.A	N.A	N.A	N.A			
ACTA DE REINICIACIÓN: N.A N.A N.A	N.A	N.A	N.A			
FECHA TERMINACIÓN:	02 DE NOVIEMBRE DE 2024					

OFICINA GESTORA:	SECRETARIA AMBIENTAL				
VALOR A PAGAR:	$ 95,096,000.00	No. DE COBROS REALIZADOS:	1	DE	1
PERÍODO DE PAGO:	DESDE: 03/10/2024	HASTA:	02/11/2024		

Con base en los informes presentados por FUNDACION COLOMBIA SIN FRONTERAS, respecto a las actividades ejecutadas y como parte de la constancia para acceder a los recursos financieros aportados por parte del Departamento de Santander, certificó que fueron revisados los informes de actividades del Contratista, los anexos presentados con relación al desarrollo y ejecución de las actividades contractuales, que fue verificado el cumplimiento de las obligaciones en cuanto a la Seguridad Social y Obligaciones Tributarias certificadas por el Contratista frente a los aportes al Sistema de Seguridad Social, Caja de Compensación Familiar, ICBF y SENA, de conformidad con el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Por lo anterior, se autoriza el pago de la presente acta y se deja constancia que la información aquí suministrada fue verificada, es veraz y cumple con los parámetros establecidos en el Contrato.

Se firma para trámite de pago, a los seis (06) días del mes de noviembre de 2024

Firma:_____
Nombre: ELIDA PEREZ ORJUELA
SUPERVISOR DEL CONTRATO.