

	GOBERNACIÓN DEL TOLIMA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN				CODIGO: FOR-GB-016		
	PROCESO: GESTIÓN CONTRACTUAL				VERSIÓN: 04		
	INFORME DE SUPERVISIÓN				Vigente desde: 23/08/2023		
INFORME NÚMERO:		4		FECHA DEL INFORME: (dd/mm/aa)		31/12/2024	
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:		3411	
No. DE LA ORDEN DE COMPRA (si aplica)		N/A		FECHA :		23/10/2024	
CONTRATISTA O COOPERANTE: (Adicione filas si es necesario)		ALEXANDER ESPINOSA TRIANA		NIT:		93.370.389	
VALOR INICIAL:		\$ 10.500,00		PLAZO INICIAL:		61 DIAS CALENDARIO	
CDP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)		4973 DEL 30/9/2024		RP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)		13277 DEL 29 DE OCTUBRE DEL 2024	
NOMBRE DEL SUPERVISOR QUE SUSCRIBE EL PRESENTE INFORME: (Adicione filas si es necesario)		SIMON HARRINSON BUSTOS TORRES		ACTO ADMINISTRATIVO O CONTRACTUAL DE DESIGNACIÓN Y FECHA:		ACTO CONTRACTUAL No 3411 del 23 de octubre del 2024	
CORREO ELECTRONICO DEL SUPERVISOR:		simon.bustos@tolima.gov.co					
FECHA DE LEGALIZACION DEL ACTO CONTRACTUAL INICIAL: (dd/mm/aa)		01/11/2024		FECHA INICIACION: (dd/mm/aa)		01/11/2024	
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	
Acta N0 001		CO1.CTRMOD.17486304		23/11/2024		realizarse la modificatoria con el fin de dar cumplimiento a la Ordenanza No 025 de 2008 en su Artículo 13 donde hace referencia que el año fiscal comienza el 1 de enero y terminación el 31 de diciembre de cada año.	
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	
Acta N0 001		CO1.CTRMOD.17486304		23/11/2024		DISMINUIDO	
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)	
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 POR PERÍODOS	
PERÍODO QUE COMPRENDE EL PRESENTE PAGO:		N/A		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)		N/A		FECHA FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A FACTURAR: (dd/mm/aa)		28/11/2024	
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:		9478129474		MES DE COTIZACIÓN:		DICIEMBRE DEL 2024	

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 PARA SIAF	No. RP PARA SPGR	VALOR A AFECTAR PARA EL PRESENTE PAGO
N/A	N/A		
N/A	N/A	N/A	\$ -
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO:			\$ -
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)			
(-) VALOR AMORTIZACION ANTICIPO O LEGALIZACIÓN DE PAGO ANTICIPADO			\$ -
SUBTOTAL PRESENTE PAGO EJECUTADO			\$ -
(+) VALOR PRESENTE ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO			\$ -
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO			\$ -
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	10,500,000.00		
ADICIONES O DISMINUCIONES			
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO CANCELADO		\$ -	
PAGOS PARCIALES CANCELADOS			10,500,000.00
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO			
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL			0.00
SUMAS IGUALES	10,500,000.00	\$	10,500,000.00
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	
BBVA	CUENTA DE AHORROS	435516083	
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)		SIMON HARRINSON BUSTOS TORRES	
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"			