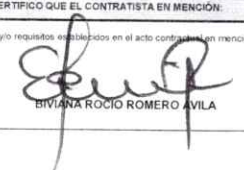
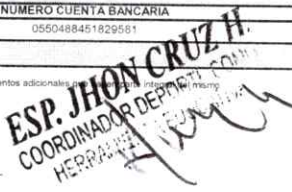


GESTIÓN FINANCIERA		CERTIFICADO DE SUPERVISIÓN				
VERSIÓN: 00	RESPONSABLE: DIR. ADM. Y FINANCIERO	FECHA: 25-10-2024	PÁGINA: 1			
INFORME NÚMERO: 0001		FECHA DEL INFORME: (dd/mm/aaa)	07/05/2025			
MEDIANTE LA SUSCRIPCIÓN DE LA PRESENTE ACTA, EL SUPERVISOR ASUME PLENA RESPONSABILIDAD POR LA VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN EN ELLA CONTENIDA:						
1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO						
TIPO DE ACTO CONTRACTUAL:	CONTRATO	NÚMERO: 0604	FECHA: (dd/mm/aaa) 10/04/2025			
No. DE LA ORDEN DE COMPRA (si aplica)	N/A	FECHA ORDEN DE COMPRA	N/A			
CONTRATISTA O COOPERANTE: (Adicione filas si es necesario)	JOSE ALEXANDER ARJONA DUQUE		No. PROCESO SECOP II: IND-PSN-CD-611-2025			
VALOR INICIAL:	\$ 2.240.000,00	PLAZO INICIAL:	TREINTA Y TRES DIAS (33) DEL CALENDARIO 2025			
CDP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)	2025- 000758 DEL 09 DE ABRIL DE 2025	RP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)	2025-000718 DEL 21 DE ABRIL DE 2025			
NOMBRE DEL SUPERVISOR QUE SUSCRIBE EL PRESENTE INFORME: (Adicione filas si es necesario)	BIVIANA ROCIO ROMERO AVILA	ACTO ADMINISTRATIVO O CONTRACTUAL DE DESIGNACIÓN Y FECHA:	CONTRATO 604 del 10 de abril de 2025			
CORREO ELECTRONICO DEL SUPERVISOR:	dir.dir.financie@postesturnas2@gmail.com					
FECHA DE LEGALIZACIÓN DEL ACTO CONTRACTUAL INICIAL: (dd/mm/aaa)	21/04/2025	FECHA INICIACIÓN: (dd/mm/aaa)	21/04/2025			
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 OTROS, 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 LEGALIZACIÓN (dd/mm/aaaa)		
2.2 INFORMACIÓN SOBRE ADICIONALES, MODIFICATORIAS, OTROS, 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 LEGALIZACIÓN (dd/mm/aaaa)
			\$			
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 BÁSICA 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 PÚBLICA: (Marque con una X)	NO	TIPO DE DESEMBOLSO A REALIZAR SEGÚN ACTO CONTRACTUAL:				PAGO PARCIAL
PERÍODO QUE COMPRENDE EL PRESENTE PAGO:	21 al 30 de Abril del 2025			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/aaa)	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/aaa)	7/05/2025	

VERIFICACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL Y/O PARAFISCALES ART. 50 DE LA LEY 769/02 (Las planillas y meses deben ser coherentes con el periodo que comprende el presente pago (adicione filas si es necesario))			
PLANILLA DE LIQUIDACIÓN No:	0484447011	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 PENSIONARSE SEGUN 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	\$ -
	MANUTENIMIENTO	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
2.3.2.02.02.009.03	2025-000718	N/A	\$ 733.334,00
N/A	N/A	N/A	\$ -
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO:			\$ 733.334,00
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)			\$ -
(-) VALOR AMORTIZACIÓN ANTIPO O LEGALIZACIÓN DE PAGO ANTIPO			\$ -
SUBTOTAL PRESENTE PAGO EJECUTADO			\$ -
(+) VALOR PRESENTE ANTIPO O PAGO ANTIPO			\$ 733.334,00
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO			\$ 733.334,00
4.5 BALANCE DEL ANTIPO (Adicionar filas, cuando en el pago concurren recursos con situación de fondos y recursos sin situación de fondos)			
VALOR PRESENTE ANTIPO			\$ -
VALOR ANTIPO ANTERIORES			\$ -
VALOR AMORTIZADO EN PAGOS ANTERIORES			\$ -
VALOR DE AMORTIZACIÓN EN EL PRESENTE PAGO			\$ -
VALOR PENDIENTE POR AMORTIZAR			\$ -
SUMAS IGUALES			\$ -
4.6 BALANCE DEL PAGO ANTIPO (Adicionar filas, cuando en el pago concurren recursos con situación de fondos y recursos sin situación de fondos)			
VALOR PRESENTE PAGO ANTIPO			\$ -
VALOR PAGO ANTIPO 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			\$ 2.420.000,00
ADICIONES O DISMINUCIONES			\$ -
ANTIPO O PAGO ANTIPO CANCELADO			\$ -
PAGOS PARCIALES CANCELADOS			\$ -
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO			\$ 733.334,00
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL			\$ 1.686.666,00
SUMAS IGUALES			\$ 2.420.000,00
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			\$ -
ANTIPO CANCELADO			\$ -
PAGOS PARCIALES CANCELADOS			\$ -
VALOR PRESENTE PAGO			\$ -
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL			\$ -
SUMAS IGUALES			\$ -
5. INFORMACIÓN CUENTA BANCARIA PARA CONSIGNACIÓN PRESENTE PAGO (SEGUN MINUTA CONTRATO, O SECOP, O CESIÓN PAGO DEBIAMENTE AUTORIZADO POR CONTRATISTA Y ORDENADOR DEL GASTO)			
NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA	TIPO CUENTA BANCARIA	NUMERO CUENTA BANCARIA	
DAVIENDA	AHORROS	0550488451829581	
6. CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA EN MENCIÓN:			
Ha cumplido durante el presente periodo, en lo pertinente, con el objeto, obligaciones, compromisos y/o requisitos establecidos en el acto contractual en mención y en los documentos adicionales que lo integran.			
Por lo anterior, se da el visto bueno para realizar el pago correspondiente.			
NOMBRE(S) DEL SUPERVISOR(ES)	 BIVIANA ROCIO ROMERO AVILA		
FIRMA(S)	 ESP. JHON CRUZ H. COORDINADOR DEPARTAMENTO DE INFERMERIA HERRERA		
NOTA: TODOS LOS CAMPOS DEL INFORME DE SUPERVISIÓN DEBEN SER DILIGENCIADOS. CUANDO ALGUN ITEM NO APLIQUE SE DEBE REGISTRAR "N/A" EN LOS CAMPOS DEL TEXTO; EN LOS CAMPOS DE CIFRAS O VALORES, CUANDO NO HAYA VALOR SE DEBERA REGISTRAR "0"			