


		GESTIÓN FINANCIERA					
CERTIFICADO DE SUPERVISION							
VERSIÓN: 00	RESPONSABLE: DIR. ADM. Y FINANCIERO	FECHA: 30-10-2024	PAGINA: 1	CODIGO: GF-R-07			
INFORME NÚMERO:		0001		FECHA DEL INFORME: (dd/mm/aa)		01/12/2025	
GRADO DE RESPONSABILIDAD							
Once							
1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO							
TIPO DE ACTO CONTRACTUAL:	CONTRATO	NÚMERO:	1375	FECHA : (dd/mm/aa)	24/10/2025		
No. DE LA ORDEN DE COMPRA (si aplica)	N/A	FECHA ORDEN DE COMPRA	N/A	No. PROCESO SECOP II	IND-PSN-CD-1364-2025		
CONTRATISTA O COOPERANTE: (Adicione filas si es necesario)	JOHN JAIRO BERMUDEZ OSPINA			NIT:	1.105.684.696		
VALOR INICIAL:	\$	3.373.333,00		PLAZO INICIAL:	CUARENTA Y SEIS (46) DIAS CALENDARIO DE 2025		
CDP(S) INICIAL / VICENCIA: (Adicione filas si es necesario)	2025002651 DEL 24 DE OCTUBRE DE 2025			RP(S) INICIAL / VICENCIA: (Adicione filas si es necesario)	2025002612 DEL 31 DE OCTUBRE 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 1375 del 24 de octubre de 2025		
CORREO ELECTRONICO DEL SUPERVISOR:	dirdeportivaindeportestolima@gmail.com						
FECHA DE LEGALIZACION DEL ACTO CONTRACTUAL INICIAL: (dd/mm/aa)	31/10/2025			FECHA INICIACION: (dd/mm/aa)	31/10/2025		
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:	PORCENTAJE 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 LEGALIZACION (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 LEGALIZACION (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	N/A
3. INFORMACIÓN BÁSICA PARA EL PAGO							
ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO: (Marque con una X)	NO	SEGUN 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 SEGUN ACTO CONTRACTUAL:				PAGO MES VENCIDO	
PERÍODO QUE COMPRENDE EL PRESENTE PAGO:	DEL 31 DE OCTUBRE AL 29 DE NOVIEMBRE DE 2025			MUNICIPIO DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:	ESPINAL		
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)	1/12/2025		

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:	9494273372 - 9495296074	MES DE COTIZACIÓN:	OCTUBRE- NOVIEMBRE DE 2025
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 PENSIONARSE 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
2.3.2.02.02.009.01	2025002612	N/A	\$ 2.200.000,00
N/A	N/A	N/A	\$ -
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO:			\$ 2.200.000,00
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)		\$	2.200.000,00
(-) VALOR AMORTIZACIÓN ANTIPO O LEGALIZACIÓN DE PAGO ANTIPO		\$	-
SUBTOTAL PRESENTE PAGO EJECUTADO		\$	2.200.000,00
(+) VALOR PRESENTE ANTIPO O PAGO ANTIPO		\$	-
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO		\$	2.200.000,00
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 ANTIPOS 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 ANTIPOS 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	\$	3.373.333,00	
ADICIONES O DISMINUCIONES	\$	-	
ANTIPO O PAGO ANTIPO CANCELADO		\$	-
PAGOS PARCIALES CANCELADOS		\$	-
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO		\$	2.200.000,00
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL		\$	1.173.333,00
SUMAS IGUALES	\$	3.373.333,00	\$ 3.373.333,00
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. INFORMACION CUENTA BANCARIA PARA CONSIGNACION PRESENTE PAGO (SEGÚN MINUTA CONTRATO, O SECO, O CESION PAGO DEBIAMENTE AUTORIZADO POR CONTRATISTA Y ORDENADOR DEL GASTO)			
NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA	TIPO CUENTA BANCARIA	NUMERO CUENTA BANCARIA	
NU	AHORROS	48924835	
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 adjuntos, con el presente pago del mismo.			
Por lo anterior, se da el visto bueno para realizar el pago correspondiente.			
NOMBRE(S) DEL SUPERVISOR(ES)	 BIVIANA ROCÍO ROMERO AVILA		 SEBASTIÁN MUÑOZ B Área Técnica Indeportes Tolima
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"			