Corpoboyacá	CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE BOYACÁ	RECURSOS FINANCIEROS Y FISICOS	
		FORMATO DE REGISTRO	
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	FRF-18	Página 1 de 3
		Versión 7	11/03/2020

INFORME DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA EL PAGO

CONTRATO/CONVENIO: C D S 2 0 2 5 4 3 0 De fecha: 25/03/2025 (dd/mm/aaaa) (Fecha de suscripción del contrato)

N° DE FICHA SGI-ALMERA: N/A

CONTRATISTA: COLVANES S.A.S ENVIA	NIT O CEDULA: 800.185.306
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL (cuando aplique): ALEJANDRO CUBIDES MORENO	
OBJETO: CONTRATAR EL SERVICIO DE ADMISION, TRATAMIENTO, TRANSPORTE Y DISTRIBUCION DE CORRESPONDECIA Y DEMAS ENVIOS POSTALES QUE REQUIERA CORPOBOYACA, A NIVEL URBANO, REGIONAL Y NACIONAL DE CONFORMIDAD CON LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS QUE OBRAN EN LOS ESTUDIOS PREVIOS.	
Fecha de inicio: 03 de abril de 2025	Fecha de terminación: 31 de diciembre de 2025
Plazo inicial del contrato: nueve (9) meses, desde la suscripción del Acta de Iniciación FGD-03 hasta el treinta y uno (31) de diciembre de 2025 y/o hasta agotar presupuesto.	Valor inicial ($): Treinta y nueve millones ochocientos veintitrés mil seiscientos cincuenta pesos (39.823.650)
N° de CDP: 2025000835 2025002032	Fecha del CDP: 06/03/2025 23/07/ 2025
N° de Registro Presupuestal: 2025001242 2025002552	Fecha del registro: 03/04/2025 24/07/2025
Entrada a almacén: SI____ NO_X_	Entrada de productos al Centro de Documentación: SI___ NO X

NOVEDADES DE LA EJECUCIÓN * (si aplica):		
PRORROGA	N°:	Fecha suscripción prorroga:
	Tiempo:	Nuevo plazo:
	Nueva fecha de terminación:	
ADICIÓN	N°: 1	Fecha suscripción adición: 24/7/2025
	Valor ($): 19.906.000	Valor total ($): 59.729.650
SUSPENSIÓN	N°:	Fecha de suspensión:
	Tiempo:	Fecha de reinicio:
Fecha real de terminación (si aplica):		

**De ser necesario inserte filas en la novedad correspondiente*

VALOR APORTE CORPOBOYACÁ ($)	VALOR APORTE CONTRAPARTIDA($)

Aplica para convenios

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS y/o ACTIVIDADES A TENER EN CUENTA PARA ORDENAR EL PAGO					
No.	DETALLE (Descripción de la actividad, bien o servicio pactado para el pago parcial y/o total correspondiente)	CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES
		SI	NO	N/A	
1	SERVICIO DE CORRESPONDENCIA MES DE OCTUBRE 2025.			N/A	El contratista suministro el servicio de entrega de correspondencia durante el periodo del 01/10/2025 al 30/10/2025.

De ser necesario inserte filas.

INFORME DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA EL PAGO

PROGRAMACION DE PAGOS POR FUENTE:

ASIGNACIÓN DE CODIGO DE FUENTE PARA PAGO					TOTAL VALOR A PAGAR (Σ Valores programados)	$ 59.729.650
	DIGITE EL NUMERO DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN FRF-01 A ↓		B ↓	C ↓		
CODIGO FUENTE	1.2.3.1.01.03.01		1.3.3.3.01	_____	....	
VALOR PROGRAMADO POR CADA FUENTE	$ 39.823.650		$ 19.906.000	$		

PROGRAMACION DE PAGOS						SALDO INICIAL (TOTAL VALOR A PAGAR)↑	No. (n) DE PAGOS (x): 9 $ 59.729.650
MARQUE CON UNA X EL PAGO APLICABLE PARA ESTE INFORME	PAGO N° n/x	DIGITE UNICAMENTE EL CODIGO FUENTE, DE ACUERDO A LA DISTRIBUCION PARA PAGO RELACIONADA EN EL CUADRO SUPERIOR					
		A	B	C		D	E
		1.2.3.1.01.03.01	1.3.3.3.01	_____	...Inserte columnas de ser necesario	TOTAL PAGO ($) (A+B+C+...)	SALDO DESPUES DEL PAGO (E↑-D)
	1	$ 12.147.600				$ 12.147.600	$ 47.582.050
	2	$ 22.758.300				$ 22.758.300	$ 24.823.750
	3	$ 3.447.100				$ 3.447.100	$ 21.376.650
	4	$ 1.470.650	$ 880.350			$ 2.351.000	$ 19.025.650
	5		$ 9.691.300			$ 9.691.300	$ 9.334.350
	6		$ 8.399.300			$ 8.399.300	$ 935.050
X	7		$933.800			$ 933.800	$ 1.250

ANEXOS:

- Factura o documento equivalente original (para contratos de arrendamiento, solo adjunte este soporte)
- Acta de Inicio (aplica para el primer desembolso)
- Fotocopia del Registro Único Tributario – RUT actualizado con fecha de impresión no mayor a 30 días, (aplica para todos los desembolsos)
- Certificación bancaria (aplica para todos los desembolsos)
- Fotocopia de aprobación de pólizas (según aplique) (aplica para el primer desembolso o si hay novedad)
- Adición y/o prorroga al contrato (si aplica)
- Comprobante original de entrada a Almacén (si aplica)
- Registro entrega de documentos originales producto de contratos y convenios debidamente diligenciado, (si aplica)
- Certificación o planilla de pago de seguridad social (conforme a lo establecido en el contrato).
- Acta de Terminación y Liquidación (aplica para el último desembolso).
- Valor de las estampillas (10.000), (anexar estampillas y consignación)

INFORME DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA EL PAGO

- Otros cuando se requiera (relacione lo pertinente en el cuadro de observaciones)
-

OBSERVACIONES (si aplica):

NOMBRE	JOHANA ADELAIDA ROJAS AVILA
CARGO/ROL	**INTERVENTOR/ SUPERVISOR**
NIT/CEDULA	52882441 [illegible]
FIRMA	

** De ser necesario copie el anterior cuadro para firma de otro(s) supervisor(es)*

Nota: En mi condición de interventor / supervisor, manifiesto que he revisado, verificado y comprobado que los documentos exigidos necesarios para autorizar el presente desembolso de recursos cumplen con los requisitos formales, por lo tanto, bajo mi absoluta responsabilidad, garantizo la viabilidad del trámite financiero para el pago. *(Art 83 y 84, Ley 1474 de 2011)*

	Solo para ser diligenciado por el Subdirector responsable del proceso respectivo.	*Solo para ser diligenciado por el encargado de la oficina de Contabilidad*
NOMBRE:	YULIETH ALEXANDRA PARRA RONCANCIO	
CARGO:	Subdirectora Administrativa y Financiera.	
Vo. Bo:		
FECHA:	17-12-25	