



**INFORME DEL SUPERVISOR y/o INTERVENTOR PARA EL PAGO**

PROGRAMACION DE PAGOS										No. 01 DE 01			
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										SALDO INICIAL (TOTAL VALOR A PAGAR)†	\$ 52,979,502
		A ↓	B ↓	C ↓	D ↓	E ↓	F ↓	0	0	0	K	L	
		1.3.3.3.01 R.B. Sobretasa									TOTAL PAGO (\$) (A+B+C+...)	SALDO DESPUES DEL PAGO (K-J)	
X	01/01	52,979,501.53										52,979,501.53	0
<b>TOTALES</b>		52,979,501.53	N/A	N/A	52,979,501.53								

... Insertar filas de ser necesario

**ANEXOS:**

- > Factura o documento equivalente original (para contratos de arrendamiento, solo adjunte este soporte) SI
- > Acta de Inicio (aplica para el primer desembolso) SI
- > Fotocopia del Registro Único Tributario – RUT actualizado con fecha de impresión no mayor a 30 días, (aplica para todos los desembolsos) SI
- > Certificación bancaria (aplica para todos los desembolsos) SI
- > Fotocopia de aprobación de pólizas (según aplique) (aplica para el primer desembolso o si hay novedad) SI
- > Adición y/o prórroga al contrato (si aplica) NA
- > Comprobante original de entrada a Almacén (si aplica) SI
- > Registro entrega de documentos originales producto de contratos y convenios debidamente diligenciado, (si aplica) NA
- > Certificación o planilla de pago de seguridad social (conforme a lo establecido en el contrato). SI
- > Acta de Terminación y Liquidación (aplica para el último desembolso). SI
- > Valor de las estampillas \$ 446,000 , (anexar estampillas y consignación) SI
- > Otros cuando se requiera (relacione lo pertinente en el cuadro de observaciones) NA

**OBSERVACIONES (si aplica):**

Se anexa Factura y soportes de pago de estampilla Pro UPTC.

NOMBRE	JUAN EDGARDO BOSA MORALES	
CARGO/ROL	INTERVENTOR/ SUPERVISOR	
NIT/CEDULA	4.208.963	
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 cumple con los requisitos formales , por lo tanto bajo mi absoluta responsabilidad, garantizo la viabilidad del trámite

	Solo para ser diligenciado por el Subdirector responsable del	Solo para ser diligenciado por el encargado de la oficina de
NOMBRE:	ANA ISABEL BERNAL CAMARGO	
CARGO:	SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	
Vo. Bo:		
FECHA:	01/02/2023	