|  |  |
| --- | --- |
| CONVENIO No. y FECHA:  |  |
| NO. PROCESO SECOP II |  |
| COOPERANTE/ ASOCIADO:  |  |
| SECRETARIA EJECUTORA: |  |
| OBJETO DEL CONVENIO: |  |
| VALOR DEL CONVENIO: |  |
| PLAZO: |  |
| FECHA DE INICIO: |  |
| FECHA DE TERMINACIÓN: |  |

En calidad de supervisor CERTIFICO que el cooperante CUMPLIO a satisfacción con el objeto contractual en las condiciones y plazos establecidos y presento el informe final de actividades, y certificación de cumplió con las obligaciones a su cargo en materia de seguridad social integral y parafiscales (o que no tiene empleados a su cargo y por lo tanto no realiza pagos a seguridad social integral y parafiscales, según sea el caso)

El balance financiero es el siguiente:

|  |  |
| --- | --- |
| **Concepto** | **Valor** |
| Valor Total Inicial del Convenio | **$**  |
| Detalle Aportes Iniciales | **ALCALDIA DE IBAGUE** |  |
| **COOPERANTE/ASOCIADO** |  |
| Valor Total de las Adiciones |  |
| Detalle del valor adicionado | **ALCALDIA DE IBAGUE** |  |
| **COOPERANTE/ASOCIADO** |  |
| Valor Total del Convenio (inicial+ Adiciones) | **$**  |
| Valor desembolsado por **ALCALDIA DE IBAGUE** |  |
| Valor Ejecutado adeudado al **COOPERANTE/ ASOCIADO** |  |
| Valor Desembolsado por el **COOPERANTE/ ASOCIADO** |  |
| Valor ejecutado y legalizado | **$**  |
| Valor no ejecutado a favor de **ALCALDIA DE IBAGUE** | **$**  |
| Valor no ejecutado a favor de **COOPERANTE/ ASOCIADO** | **$**  |
| Rendimientos financieros a favor de la **ALCALDIA DE IBAGUÉ** | **$**  |
| Rendimientos financieros a favor del **COOPERANTE/ ASOCIADO** | **$**  |

Teniendo en cuenta lo anterior, procedo de la manera más atenta a solicitar la liquidación del referido convenio, si a ello hubiera lugar.

Dado en Ibagué, a los \_\_\_\_\_ días, del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Supervisor(a)

Cargo del Supervisor(a