

	GOBERNACIÓN DEL TOLIMA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		CODIGO: FOR-GB-016	
	PROCESO: GESTIÓN CONTRACTUAL		VERSIÓN: 04	
	INFORME DE SUPERVISIÓN		Vigente desde: 23/08/2023	

INFORME NÚMERO:	1	FECHA DEL INFORME: (dd/mm/aa)	15/02/2024
-----------------	---	-------------------------------	------------

GRADO DE RESPONSABILIDAD

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:	3058	FECHA: (dd/mm/aa)	31/10/2024
No. DE LA ORDEN DE COMPRA (si aplica)	N/A	FECHA ORDEN DE COMPRA	N/A	No. PROCESO SEGOP II	MIN-160-2023
CONTRATISTA O COOPERANTE: (Adicione filas si es necesario)	OSCAR MORENO ROJAS			NIT:	93,379,845-2
VALOR INICIAL:	\$ 56,000,000 00			PLAZO INICIAL:	45 DIAS CALENDARIO
CDP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)	6517, SEPTIEMBRE 22 DE 2023			RP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)	14622, NOVIEMBRE 15 DE 2023
NOMBRE DEL SUPERVISOR QUE SUSCRIBE EL PRESENTE INFORME: (Adicione filas si es necesario)	ROSA CRISTANCHO SANTOS			ACTO ADMINISTRATIVO O CONTRACTUAL DE DESIGNACIÓN Y FECHA:	CONTRATO 3058 DE 17/02/2023
CORREO ELECTRÓNICO DEL SUPERVISOR:	rosa.cristancho@saludtolima.gov.co				
FECHA DE LEGALIZACIÓN DEL ACTO CONTRACTUAL INICIAL: (dd/mm/aa)	15/11/2023		FECHA INICIACIÓN: (dd/mm/aa)	15/11/2023	

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	
PAGO REGISTRO EN BOLSA Y SISTEMA DE COMPENSACIÓN Y LIQUIDACIÓN	N/A	N/A	
PAGO DE LA OPERACIÓN NEGOCIO:	N/A	N/A	
OTROS:	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 OTROSÍ, 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)
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

2.2 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)	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		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:	OTRO
PERÍODO QUE COMPRENDE EL PRESENTE PAGO:	NOVIEMBRE 15 DE 2023 A DICIEMBRE 05 DE 2023	MUNICIPIO DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:	IBAGUE
COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN O CERTIFICACIÓN DEL ALMACENISTA (adicione filas si es necesario)	51	FECHA COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN O CERTIFICACIÓN DEL ALMACENISTA: (dd/mm/aa)	14/02/2024
No. DE FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A FACTURAR (adicione filas si es necesario)	FEV 152, 153	FECHA FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A FACTURAR: (dd/mm/aa)	14/02/2024

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 período que comprende el presente pago) (adicione filas si es necesario)

PLANILLA DE LIQUIDACIÓN No:	73270731	MES DE COTIZACIÓN:	NOVIEMBRE
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:		SOPORTE QUE ACREDITA, NÚMERO Y FECHA	
ADQUIRIÓ DERECHO PARA PENSIONARSE:			
NO ALCANZA A PENSIONARSE SEGÚN EDAD Y TIEMPO COTIZADO:			

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:	
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	\$ -	N/A
EDIFICACIÓN	\$ -	N/A
MEJORAS	\$ -	N/A
OTROS	\$ -	N/A

4.3 DISTRIBUCIÓN DEL PRESENTE PAGO POR IDENTIFICACIÓN PRESUPUESTAL (adicione filas si es necesario)

IDENTIFICACIÓN PRESUPUESTAL (CÓDIGO PRESUPUESTAL)	No. RP PARA SIAF	No. RP PARA SPGR	VALOR A AFECTAR PARA EL PRESENTE PAGO

05-2.1 2.02.02 008-0743	14622	14622	\$	28,000,000 00
			\$	-
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO:			\$	28,000,000 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)			\$	28,000,000 00
(-) VALOR AMORTIZACIÓN ANTICIPO O LEGALIZACIÓN DE PAGO ANTICIPADO			\$	-
SUBTOTAL PRESENTE PAGO EJECUTADO			\$	28,000,000 00
(+) VALOR PRESENTE ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO			\$	-
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO			\$	28,000,000 00

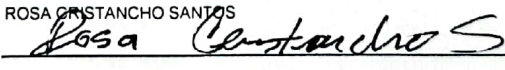
4.5 BALANCE DEL ANTICIPO (Adicionar filas, cuando en el pago concurren recursos con situación de fondos y recursos sin situación de fondos)				
VALOR PRESENTE ANTICIPO	\$	-		
VALOR ANTICIPOS ANTERIORES	\$	-		
VALOR AMORTIZADO EN PAGOS ANTERIORES			\$	-
VALOR DE AMORTIZACIÓN EN EL PRESENTE PAGO			\$	-
VALOR PENDIENTE POR AMORTIZAR			\$	-
SUMAS IGUALES	\$	-	\$	-

4.6 BALANCE DEL PAGO ANTICIPADO (Adicionar filas, cuando en el pago concurren recursos con situación de fondos y recursos sin situación de fondos)				
VALOR PRESENTE PAGO ANTICIPADO	\$	-		
VALOR PAGO ANTICIPADOS 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	\$	-		
ADICIONES O DISMINUCIONES	\$	-		
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO CANCELADO			\$	-
PAGOS PARCIALES CANCELADOS			\$	-
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO			\$	-
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL			\$	-
SUMAS IGUALES	\$	-	\$	-

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	\$	56,000,000 00		
ADICIONES O DISMINUCIONES EN VALOR	\$	-		
ANTICIPO CANCELADO			\$	-
PAGOS PARCIALES CANCELADOS			\$	-
VALOR PRESENTE PAGO			\$	28,000,000 00
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL			\$	28,000,000 00
SUMAS IGUALES	\$	56,000,000 00	\$	56,000,000 00

5. INFORMACION CUENTA BANCARIA PARA CONSIGNACION PRESENTE PAGO			(SEGÚN
MINUTA CONTRATO, O SECOP, O CESION PAGO DEBIAMENTE AUTORIZADO POR CONTRATISTA Y ORDENADOR DEL GASTO)			
NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA	TIPO CUENTA BANCARIA	NUMERO CUENTA BANCARIA	
COLPATRIA	AHORROS	2752018062	

6. CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA EN MENCIÓN:	
Ha cumplido durante el presente período, en lo pertinente, con el objeto, obligaciones, compromisos y/o requisitos establecidos en el acto contractual en mención y en los documentos adicionales que hacen parte integral del mismo.	
Por lo anterior, se da el visto bueno para realizar el pago correspondiente.	
NOMBRE(S) DEL SUPERVISOR(ES)	ROSA CRISTIANCHO SANTOS
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"

	GOBERNACIÓN DEL TOLIMA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CODIGO: FOR-GB-016
	PROCESO: GESTIÓN CONTRACTUAL	VERSIÓN: 04
	INFORME DETALLADO EJECUCION DE ACTIVIDADES	Vigente desde: 23/08/2023

1. RESUMEN TECNICO EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES CONTRACTUALES 1.1 RESPONSABILIDADES DEL CONTRATISTA O COOPERANTE

RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL POR PARTE DEL CONTRATISTA	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	EVIDENCIA	MECANISMO DE VERIFICACION	OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES
CELEBRAR CONTRATO PARA PRESTACION DE SERVICIO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LA PLANTA ELECTRICA DE CADENA DE FRIO DEL LABORATORIO DE SALUD PUBLICA DEL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA- INCLUYE BOLSA DE REPUESTOS ORIGINALES A MONTO AGOTABLE	1. Realizar mantenimiento general correctivo a los equipos que componen la planta eléctrica del Laboratorio de Salud Pública del Tolima, lo cual incluye	Registro fotografico		
	a. Cambio de fungibles			
	b. Verificación de funcionamiento			
	c. Cambio general de aceite			
	d. Cambio filtro de aceite, filtros de combustible, filtros de aire estopa, desengrasante, aros, agua de batería.			
	e. Revisión y limpieza de generador.			

1.2 RESPONSABILIDADES DEL CONTRATANTE				
RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL POR PARTE DEL CONTRATANTE	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	EVIDENCIA	MECANISMO DE VERIFICACION	OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES:

Ha cumplido durante el presente periodo, en lo pertinente, con el objeto, obligaciones, compromisos y/o requisitos establecidos en el acto contractual en mencion y en los documentos adicionales que hacen parte integral del mismo.

Por lo anterior, se da el visto bueno para realizar el pago correspondiente.

NOMBRE(s) DEL SUPERVISOR(es) : Rosa Cristancho S

FIRMA: ROSA CRISTANCHO SANTOS