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

| INFORME NÚMERO: | 2 | FECHA DEL INFORME: (dd/mm/aa) | 21/11/2024 |
|---|---|---|---|

## 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: | 2803 | FECHA : (dd/mm/aa) | 25/09/2024 |
| No. DE LA ORDEN DE COMPRA (si aplica) | N/A | FECHA ORDEN DE COMPRA | N/A | No. PROCESO SECOP II | CD-2024-CONT-2788 |
| CONTRATISTA O COOPERANTE: (Adicione filas si es necesario) | HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E DE ICONONZO | | | NIT: | 890702190 -3 |
| VALOR INICIAL: | $ 258.571.249,00 | | | PLAZO INICIAL: | 90 dias |
| CDP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario) | 3905 del 29/08/2024 | | | RP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario) | 11001 del 30/09/ 2024 |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR QUE SUSCRIBE EL PRESENTE INFORME: (Adicione filas si es necesario) | SULEIDY YULIED MIRANDA GUZMÁN | | | ACTO ADMINISTRATIVO O CONTRACTUAL DE | Contrato 2803 del 25/09/2024 |
| CORREO ELECTRONICO DEL SUPERVISOR: | suleidy.miranda@saludtolima.gov.co | | | | |
| FECHA DE LEGALIZACION DEL ACTO CONTRACTUAL INICIAL: (dd/mm/aa) | 1/10/2024 | | | FECHA INICIACION: (dd/mm/aa) | 1/10/2024 |

### 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 | | | |
| PAGO REGISTRO EN BOLSA Y SISTEMA DE COMPENSACIÓN Y LIQUIDACIÓN | | | |
| PAGO DE LA OPERACIÓN NEGOCIO: | | | |
| OTROS: | | | |

### 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 |

## 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 LEGALIZACION (dd/mm/aaaa) |
|---|---|---|---|---|
| N/A | N/A | N/A | N/A | |

### 2.2 INFORMACIÓN SOBRE ADICIONALES, MODIFICATORIAS, OTROSÍ, 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) | | FECHA REINICIACIÓN (dd/mm/aaaa) | No. DEL ACTA | FECHA DEL ACTA (dd/mm/aaaa) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

## 3. INFORMACIÓN BASICA 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 PUBLICA: (Marque con una X) | SI | TIPO DE DESEMBOLSO A REALIZAR SEGÚN ACTO CONTRACTUAL: | | PAGO POR PERÍODOS |
| PERÍODO QUE COMPRENDE EL PRESENTE PAGO: | Pago del 30 % del 08/10/2024 al 12/11/2024 | | MUNICIPIO DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO: | ICONONZO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN O CERTIFICACIÓN DEL ALMACENISTA (adicione filas si es necesario) | | FECHA COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN O CERTIFICACIÓN DEL ALMACENISTA: (dd/mm/aa) | |
| No. DE FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A FACTURAR (adicione filas si es necesario) | No. 121957 | FECHA FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A FACTURAR: (dd/mm/aa) | 21/11/2024 |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| PLANILLA DE LIQUIDACIÓN No: | N/A | MES DE COTIZACIÓN: | |
| FECHA DE LA CERTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O REVISOR FISCAL: | 20/11/2024 | MES DE COTIZACIÓN: | oct-24 |

**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 PENSIOANARSE 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: | | 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 | $ - | |
| EDIFICACIÓN | $ - | |
| MEJORAS | $ - | |
| OTROS _____ | $ - | |

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

| IDENTIFICACIÓN PRESUPUESTAL (CÓDIGO PRESUPUESTAL) | No. RP PARA SIIAF | No. RP PARA SPGR | VALOR A AFECTAR PARA EL PRESENTE PAGO |
|---|---|---|---|
| 05-5.19.02.1906.0300.01-2.3.3.01.02.05-0630 | 11001 del 30/09/ 2024 | | $ 77.571.374,70 |
| | | | $ - |
| VALOR TOTAL PRESENTE PAGO: | | | $ 77.571.374,70 |

### 4.4 VALOR PRESENTE PAGO

(Adicionar filas, cuando en el pago concurran recursos con situación de fondos y recursos sin situación de fondos)

| | |
|---|---|
| VALOR PRESENTE ACTA (VALOR EJECUTADO) | $ 77.571.374,70 |
| (-) VALOR AMORTIZACION ANTICIPO O LEGALIZACIÓN DE PAGO ANTICIPADO | $ - |
| SUBTOTAL PRESENTE PAGO EJECUTADO | $ 77.571.374,70 |
| (+) VALOR PRESENTE ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO | $ - |
| VALOR TOTAL PRESENTE PAGO | $ 77.571.374,70 |

### 4.5 BALANCE DEL ANTICIPO

(Adicionar filas, cuando en el pago concurran 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 concurran 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 concurran recursos con situación de fondos y recursos sin situación de fondos)

| | | |
|---|---|---|
| VALOR DEL ACTO CONTRACTUAL | $ 258.571.249,00 | |
| ADICIONES O DISMINUCIONES | $ - | |
| ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO CANCELADO | | $ - |
| PAGOS PARCIALES CANCELADOS | | $ 90.499.937,15 |
| VALOR TOTAL PRESENTE PAGO | | $ 77.571.374,70 |
| SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL | | $ 90.499.937,15 |
| SUMAS IGUALES | $ 258.571.249,00 | $ 258.571.249,00 |

### 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 | $ - | |
| ANTICIPO 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 SECOP, O CESION PAGO DEBIAMENTE AUTORIZADO POR CONTRATISTA Y ORDENADOR DEL GASTO)

| NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA | TIPO CUENTA BANCARIA | NUMERO CUENTA BANCARIA |
|---|---|---|
| Bancolombia | Cuenta de Ahorro | 413-703525-83 |

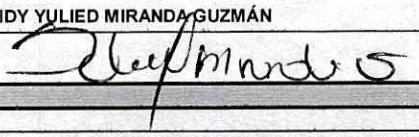
## 6. CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA EN MENCIÓN:

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.

observaciòn: el Los pagos se realizarán en cumplimiento de los indicadores y metas pactadas. De conformidad al artículo 5 Parágrafo "El giro de los recursos del subcomponente del Subsidio a la oferta no estará sujeto al reconocimiento contra facturación de servicios, de la resolución 484 de 2024, emitida por Ministerio de Salud y Protección Social. Por lo anterior, se da el visto bueno para realizar el pago correspondiente.

**NOMBRE(s) DEL SUPERVISOR(es)** SULEIDY YULIED MIRANDA GUZMÁN

**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"**