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

INFORME NÚMERO:	2	FECHA DEL INFORME: (dd/mm/aa)	11/12/2024

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:	2037	FECHA : (dd/mm/aa)	7/06/2023
No. DE LA ORDEN DE COMPRA (si aplica)	N/A	FECHA ORDEN DE COMPRA	N/A	No. PROCESO SECOP II	CD-2023-CONT-2051
CONTRATISTA O COOPERANTE: (Adicione filas si es necesario)		HOSPITAL ISMAEL PERDOMO E.S.E		NIT:	890.704.505 – 9
VALOR INICIAL:		$ 265.000.000,00		PLAZO INICIAL:	180 DIAS
CDP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)		3962 de 19/05/2023		RP(S) INICIAL / VIGENCIA:	9280 de 31/07/2023
NOMBRE DEL SUPERVISOR QUE SUSCRIBE EL PRESENTE INFORME: (Adicione filas si es necesario)		EDUIN AUGUSTO RIVERA LOAIZA		ACTO ADMINISTRATIVO O CONTRACTUAL DE DESIGNACIÓN Y FECHA:	Contrato Interadministrativo No. 2037 de 7 de Junio de 2023
CORREO ELECTRONICO DEL SUPERVISOR:		eduin.rivera@saludtolima.gov.co			
FECHA DE LEGALIZACION DEL ACTO CONTRACTUAL INICIAL: (dd/mm/aa)		3/08/2023		FECHA INICIACION: (dd/mm/aa)	3/08/2023

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

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 IDENTIFICADOR SECOP II	FECHA (dd/mm/aaaa)	OBJETO	FECHA DE LEGALIZACION (dd/mm/aaaa)
N/A	CO1.CTRMOD.17624708	11/12/2024	SE AJUSTA FECHA DE TERMINACIÓN, SEGÚN ACTA DE REINICIO	11/12/2024
N/A	N/A	N/A	N/A	0
N/A	N/A	N/A	N/A	0

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

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)
Acta Modificatoria No. 1	CO1.CTRMOD.17624581	11/12/2024	0	Adicionado 20	N/A	11/12/2024
N/A	N/A		0	0	N/A	0
N/A	N/A		0	0	N/A	0

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)
8/11/2023	CO1.CTRMOD.13445655	8/11/2023		20/09/2024	CO1.CTRMOD.16728334	20/09/2024
0	N/A	N/A		0	N/A	0

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 ANTICIPADO
PERÍODO QUE COMPRENDE EL PRESENTE PAGO:	N/A	MUNICIPIO DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:	VILLAHERMOSA
COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN O CERTIFICACIÓN DEL ALMACENISTA (adicione filas si es necesario)	N/A	FECHA COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN: (dd/mm/aa)	0
No. DE FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A FACTURAR (adicione filas si es necesario)	Cuenta de Cobro No. 2	FECHA FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A FACTURAR: (dd/mm/aa)	11/12/2024

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:		MES DE COTIZACIÓN:	
FECHA DE LA CERTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O REVISOR FISCAL:	10/12/2024	MES DE COTIZACIÓN:	Ultimos seis (6) meses

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:	N/A	SOPORTE QUE ACREDITA, NÚMERO Y FECHA	N/A
ADQUIRIÓ DERECHO PARA PENSIONARSE:	N/A		N/A
NO ALCANZA A PENSIOANARSE SEGÚN EDAD Y TIEMPO COTIZADO:	N/A		N/A

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:	NO
CLASIFICACIÓN DE LA INVERSIÓN Y VALOR:	REHABILITACIÓN Y/O MEJORAMIENTO	VALOR	0
	CONSTRUCCIÓN	VALOR	0
	MANTENIMIENTO	VALOR	0

4.2 INFORMACIÓN CONTABLE PARA ADQUISICIÓN O COMPRA DE INMUEBLES (adicione filas si es necesario)

CONCEPTO	VALOR	DOCUMENTO SOPORTE
TERRENO	0	N/A
EDIFICACIÓN	0	N/A
MEJORAS	0	N/A
OTROS _____	0	N/A

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

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
05-515542-2.3.4.02.04-0744	9280	N/A	$ 79.500.000,00
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO:			$ 79.500.000,00

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)	0,00
(-) VALOR AMORTIZACION ANTICIPO O LEGALIZACIÓN DE PAGO ANTICIPADO	0,00
SUBTOTAL PRESENTE PAGO EJECUTADO	0,00
(+) VALOR PRESENTE ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO	79.500.000,00
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO	79.500.000,00

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	0	
VALOR ANTICIPOS ANTERIORES	0	
VALOR AMORTIZADO EN PAGOS ANTERIORES		0
VALOR DE AMORTIZACIÓN EN EL PRESENTE PAGO		0
VALOR PENDIENTE POR AMORTIZAR		0
SUMAS IGUALES	0	0

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	$ 79.500.000,00	
VALOR PAGO ANTICIPADOS ANTERIORES	$ 132.500.000,00	
VALOR LEGALIZADO EN PAGOS ANTERIORES		$ 0,00
VALOR LEGALIZADO EN EL PRESENTE PAGO		$ 0,00
VALOR PENDIENTE POR LEGALIZAR		$ 212.000.000,00
SUMAS IGUALES	$ 212.000.000,00	$ 212.000.000,00

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	$ 265.000.000,00	
ADICIONES O DISMINUCIONES	$ -	
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO CANCELADO		$ -
PAGOS PARCIALES CANCELADOS		$ -
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO		$ 79.500.000,00
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL		$ 185.500.000,00
SUMAS IGUALES	$ 265.000.000,00	$ 265.000.000,00

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	0,00	
ADICIONES O DISMINUCIONES EN VALOR	0,00	
ANTICIPO CANCELADO		0,00
PAGOS PARCIALES CANCELADOS		0,00
VALOR PRESENTE PAGO		0,00
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL		0,00
SUMAS IGUALES	0,00	0,00

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
BANCOLOMBIA	AHORROS	446-553747-17

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) EDUIN AUGUSTO RIVERA LOAIZA

FIRMA(s):

	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
Invertir adecuadamente los recursos aportados por la Gobernación del Tolima departamento en desarrollo del presente contrato d manera exclusiva para la adquisición de una ambulancia tipo TAB 4x4	El Hospital celebro el Contrato de Comparventa No. 153 -2024, para la ADQUISICIÓN DE UNA AMBULANCIA DE TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO 4X4, con acta de inicio de 10/12/2024	Comparventa No. 153 - 2024, para la ADQUISICIÓN DE UNA AMBULANCIA DE TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO 4X4, con acta de inicio de 10/12/2024	Verificación Documental	N/A
Realizar el proceso de selección objetiva para adquirir una Ambulancia topo TAB 4x4 objeto del presente convenio. Si el vehículo varía en costo el Hospital debe acogerse a ella sin costo adicional alguno para la gobernación del Tolima, Igualmente el Hospital deberá acogerse a las instrucciones o lineamientos impartidos por parte del supervisor, sin costo adicional alguno para la Gobernación del Tolima.	La ESE realizó el proceso de selección objetiva para la adquisición de una Ambulancia TAB 4x4 según Acta RESOLUCION No. 284 del 10 de diciembre de 2024	RESOLUCION No. 284 del 10 de diciembre de 2024	Verificación Documental	N/A
Celebrar, todos los contratos a que hubiere lugar, para la ejecución del Contrato, en estricto cumplimiento del Régimen de contratación y manual de contratación del hospital y principios de la función pública y gestión fiscal garantizando en todo momento la idoneidad del (os) proveedor (es).	El Hospital celebro el Contrato de Comparventa No. 153 -2024, para la ADQUISICIÓN DE UNA AMBULANCIA DE TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO 4X4, con acta de inicio de 10/12/2024	Comparventa No. 153 - 2024, para la ADQUISICIÓN DE UNA AMBULANCIA DE TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO 4X4, con acta de inicio de 10/12/2024	Verificación Documental	
Constituir las pólizas requeridas para el presente acto contractual o ampliar o modificar las anteriores en caso necesario.	La ESE adquirió la Póliza No. 3002620 de la Aseguradora Previsora, la cual se a actualizado con las modificaciones de fecha 4 de Octubre de 2024	Póliza No. 3002620 de la Aseguradora Previsora, la cual se a actualizado con las modificaciones de fecha 4 de Octubre de 2024	Verificación Documental	N/A
El Cooperante deberá aperturar una cuenta bancaria de ahorro para el manejo exclusivo de los aportes correspondientes del Departamento para el presente Contrato	La ESE apertura la Cuenta de Ahorros No. 446-553747-17 de Bancolombia	La ESE apertura la Cuenta de Ahorros No. 446-553747-17 de Bancolombia	Verificación Documental	N/A
Cumplir con las obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social y aportes parafiscales (Ley 789 de 2002 Artículo 50 y Ley 1150 de 2007 artículo 23).	La ESE aporto la Certificación de aportes parafiscales firmada por el Contador de fecha 10/12/2024	Copia de la Certificación	Verificación Documental	N/A

1.2 RESPONSABILIDADES DEL CONTRATANTE

RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL POR PARTE DEL CONTRATANTE	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	EVIDENCIA	MECANISMO DE VERIFICACION	OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES
Verificar las obligaciones de la HOSPITAL ISMAEL PERDOMO E.S.E para el primer desembolso del treinta por ciento (30%) del valor del aporte del departamento, a la presentación del contrato y acta de inicio suscrito por la E.S.E con el proveedor de la Ambulancia Tipo TAB	Se realizo verificación de cada uno de las obligaciones y documentos entregados por parte del Hospital.	Copia de Documentos	Verificación documental	

CONCLUSIONES:

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) : EDUIN AUGUSTO RIVERA LOAIZA

FIRMA: