	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)	3/4/2025

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:**	269	**FECHA :** (dd/mm/aa)	28/01/2025
No. DE LA ORDEN DE COMPRA (si aplica)	**N/A**	**FECHA ORDEN DE COMPRA**	N/A	**No. PROCESO SECOP II**	CD-2025-PS-0310
CONTRATISTA O COOPERANTE: (Adicione filas si es necesario)		DISTOLIMA ASESORIAS S.A.S			901684278-3
VALOR INICIAL:		$ 42,000,000.00		**PLAZO INICIAL:**	180 DIAS CALENDARIO
CDP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)		549 DE 22/01/2025		**RP(S) INICIAL / VIGENCIA:** (Adicione filas si es necesario)	492 DE 30/01/2025
NOMBRE DEL SUPERVISOR QUE SUSCRIBE EL PRESENTE INFORME: (Adicione filas si es necesario)		JOAN CAMILO CASTELLANOS REYES		**ACTO ADMINISTRATIVO O CONTRACTUAL DE DESIGNACIÓN**	CONTRATO 269 DE 2025
CORREO ELECTRONICO DEL SUPERVISOR:		ASESOR JURIDICO@SALUDTOLIMA.GOV.CO			
FECHA DE LEGALIZACION DEL ACTO CONTRACTUAL INICIAL: (dd/mm/aa)		3/02/2025		**FECHA INICIACION:**	3/02/2025

1.1 INFORMACION REQUERIDA EN CASO DE ACTAS DE CESION

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

1.3 INFORMACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE CONSORCIO O UNION 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	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	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 LEGALIZACION** (dd/mm/aaaa)

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, OTROSÍ, O RESOLUCIONES EN TEMAS DE VALOR, PLAZO E IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

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)
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	$ -	N/A	N/A	N/A

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	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

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)	NO	**TIPO DE DESEMBOLSO A REALIZAR SEGÚN ACTO CONTRACTUAL:**	PAGO POR PERÍODOS
PERÍODO QUE COMPRENDE EL PRESENTE PAGO:	05 DE MARZO AL 03 DE ABRIL DE 2025	**MUNICIPIO DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:**	IBAGUÉ
COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN O CERTIFICACIÓN DEL ALMACENISTA (adicione filas si es necesario)	N/A	**FECHA COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN O CERTIFICACIÓN DEL ALMACENISTA:** (dd/mm/aa)	N/A
No. DE FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A FACTURAR (adicione filas si es necesario)	FCHH 115	**FECHA FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A FACTURAR:** (dd/mm/aa)	1/4/2025

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:	N/A	**MES DE COTIZACIÓN:**	N/A
FECHA DE LA CERTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O REVISOR FISCAL:	01/04/2025	**MES DE COTIZACIÓN:**	MARZO DE 2025

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	N/A	N/A
ADQUIRIÓ DERECHO PARA PENSIONARSE:	N/A		N/A	N/A	N/A
NO ALCANZA A PENSIOANARSE SEGÚN EDAD Y TIEMPO COTIZADO:	N/A		N/A	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:**	N/A
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 SIIAF	No. RP PARA SPGR	VALOR A AFECTAR PARA EL PRESENTE PAGO
05-2,1,2,02,02,008-0708	492		$ 7,000,000.00
			$ -
VALOR TDTAL PRESENTE PAGO:			$ 7,000,000.00

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)		$ 7,000,000.00
(-) VALOR AMORTIZACION ANTICIPO O LEGALIZACIÓN DE PAGO ANTICIPADO	0	$ -
SUBTOTAL PRESENTE PAGO EJECUTADO		$ 7,000,000.00
(+) VALOR PRESENTE ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO		$ -
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO		$ 7,000,000.00

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	$ -	
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	$ 42,000,000.00	
ADICIONES O DISMINUCIONES	$ -	
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO CANCELADO		
PAGOS PARCIALES CANCELADOS		$ 7,000,000.00
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO		$ 7,000,000.00
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL		$ 28,000,000.00
SUMAS IGUALES	$ 42,000,000.00	$ 42,000,000.00

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	
ADICIONES O DISMINUCIONES EN VALOR	0	
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	AHORROS	59700004479

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) JOAN CAMILO CASTELLANOS REYES

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 COOPERANTE	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	EVIDENCIA	MECANISMO DE VERIFICACION	OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES
1.) BRINDAR ASESORIA JURIDICA AL DESPACHO DE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL EN LA TOMA DE DECISIONES EN MATERIA DE CONTRATACION, EN AQUELLOS ASUNTOS QUE POR SU COMPLEJIDAD LO AMERITE.	Se brindo acompañamiento en las diferentes mesas técnicas convocadas para direccionamiento de los procesos precontractuales. Durante el periodo comprendido del 05 de marzo al 03 de Abril de 2025.	SISTEMA	carpeta	N/A
2.) FORTALECER, ORIENTAR Y LIDERAR EL EQUIPO JURIDICO DE CONTRATACION DE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL EN LO QUE RESPECTA ALSEGUIMIENTO EN LA IMPLEMENTACION, PROYECCION Y REVISION DE DOCUMENTOS PREVIOS, POSTERIOR PUBLICACION, EMISION DE aCTOS ADMINISTRATIVOS EXPEDIDOS EN MATERIA CONTRACTUAL QUE SE EXPIDAN EN LOS DIFERENTES PROCESOS CONTRACTUALES DE CONFORMIDAD CON LAS MODALIDADES SECCION PREVISTAS POR LA LEY.	Se brindó acompañamiento en los procesos de PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC ZOONOSIS Y ALIMENTOS PIC IRA - EDA PIC SEXUALIDAD PIC CANCER PIC PAI PIC GESTION DE LA SALUD PUBLICA PIC ENTORNOS SALUDABLES PIC ENTORNOS SALUDABLES PIC CAMBIO CLIMÁTICO PIC FACTORES DE RIESGO-SALUD LABORAL PIC SALUD MENTAL PIC PARTICIPACION COMUNITARIA PIC CRONICOS - ESTILOS DE VIDA PIC DISCAPACIDAD PIC ADULTO MAYOR (VEJEZ) PIC ETNIAS PIC HABITANTE DE CALLE PIC VICTIMAS PIC MIGRANTES PIC SIVIGILA PIC MICOBACTERIAS PIC INFANCIA - PRIMERA INFANCIA - SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL PIC LEISHMANIA VISCERAL PIC LEISHMANIA TEGUMENTARIA PIC DENGUE PIC APOYO ETV- Fiebre Amarilla PIC CHAGAS PIC MALARIA PIC AMBIENTAL	SISTEMA	carpeta	N/A
3.) BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO JURIDICO EN LAS REUNIONES, COMITES ASESORES Y EVALUADORES Y DEMAS COMITES QUE DISPONGA EL ORDENADOR DEL GASTO Y/O SUPERVISOR CON RESPECTO A LA CONTRATACION DE LA SECRETARIA.	Se brindo acompañamiento jurídico en los comités y reuniones convocados por el ordenador del gasto y el supervisor para definir temas de contratación que se deben realizar durante el periodo del 05 de Marzo al 03 de Abril de 2025.	CARPETAS	ARCHIVO	N/A

4. BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO JURIDICO AL DESPACHO DE LA SECRETARIA DE SALUD EN LAS JUNTAS DIRECTIVAS ASIGNADAS POR EL ORDENADOR DEL GASTO.	Se brindo acompañamiento jurídico en la Revisión de documentos para participar en las Juntas Directivas de los hospitales que se llevaron a cabo durante el periodo del 05 de Marzo al 03 de Abril de 2025. 26 de marzo de 2025 JUNTA DIRECTIVA HOSPITAL REINA SOFIA DE LERIDA 27/03/2025 JUNTA DIRECTIVA HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS HONDA 2/04/2025 JUNTA DIRECTIVAS NUEVO HOSPITAL LA CANDELARIA DE PURIFICACION Se realizaron mesas conjuntas de trabajo con Secretaria Administrativa y Dirección de Presupuesto, con el fin de revisar la documentación a portada por los Hospitales para ser presentados en las Juntas Directivas. Hospital San Juan Bautista de Chaparral Nuevo hospital la candelaria de Purificación	carpetas	ARCHIVO	N/A

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 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) : JOAN CAMILO CASTELLANOS REYES

FIRMA: _____