

	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:		1		FECHA DEL INFORME: (dd/mm/aa)		30/05/2025
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:	4385	FECHA : (dd/mm/aa)	12/12/2024	
No. DE LA ORDEN DE COMPRA (si aplica)	N/A	FECHA ORDEN DE COMPRA	N/A	No. PROCESO SECOP II	RECO-2024-4349	
CONTRATISTA O COOPERANTE: (Adicione filas si es necesario)		Universidad de Ibagué		NIT:	890704382-1	
VALOR INICIAL:		\$ 134.700.000,00		PLAZO INICIAL:	15 días calendario	
CDP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)		6162 del 12/11/2024		RP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)	16577 del 13/12/2024	
		6376 del 19/11/2024			16578 del 13/12/2024	
		6385 del 19/11/2024			16579 del 13/12/2024	
		6332 del 15/11/2024			16580 del 13/12/2024	
		6361 del 19/11/2024			16581 del 13/12/2024	
		6379 del 19/11/2024			16582 del 13/12/2024	
		6388 del 19/11/2024			16583 del 13/12/2024	
		6378 del 19/12/2024			16584 del 13/12/2024	
NOMBRE DEL SUPERVISOR QUE SUSCRIBE EL PRESENTE INFORME: (Adicione filas si es necesario)		Carlos Alberto Sánchez Alfonso		ACTO ADMINISTRATIVO O CONTRACTUAL DE	Contrato de Interés Público (Regimen Especial Decreto 092 de 2017) No 4385 del 12 de diciembre de 2024	
CORREO ELECTRONICO DEL SUPERVISOR:		direccion.tic@tolima.gov.co				
FECHA DE LEGALIZACION DEL ACTO CONTRACTUAL INICIAL: (dd/mm/aa)		16/12/2024		FECHA INICIACION: (dd/mm/aa)	16/12/2024	
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	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	
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 OTROS, RESOLUCIONES, (CAMBIO DE SUPERVISOR, IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL, ETC) Y ACTA DE LIQUIDACIÓN (Si aplica) (Adicione filas si es necesario)						
TIPO DE DOCUMENTO O 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

(Adicione filas si es necesario)

2.3 ACTAS DE SUSPENSIÓN Y REINICIACIÓN (adicione filas si es necesario)

3. INFORMACIÓN BÁSICA PARA EL PAGO

ENTIDAD PUBLICA: (Marque con una X)	NO	TIPO DE DESEMBOLSO A REALIZAR SEGÚN ACTO CONTRACTUAL:	PAGO POR PERÍODOS
--	----	---	-------------------

RESERVA: 1000	20200703 22
	CONTRATO:

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)

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN DEL		CONSEJO DE	
		MES DE	

SI EL CONTRATISTA (persona natural), NO SE ENCUENTRA OBLIGADO A COTIZAR PENSIÓN MARQUE CON UNA X SEGUN EL MOTIVO QUE CORRESPONDA,INDICANDO EL RESPECTIVO SOPORTE

ES PENSIONADO:	N/A	SOPORTE QUE	N/A
----------------	-----	-------------	-----

4. INFORMACIÓN CONTABLE	
-------------------------	--

4.1 INFORMACIÓN CONTABLE PARA CONTRATOS DE OBRAS DE INFRAESTRUCTURA, DE PROPIEDAD DEL DEPARTAMENTO

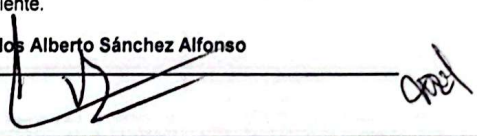
4.2 INFORMACION CONTABLE PARA ADQUISICIÓN O COMPRA DE INMUEBLES (adicione filas si es necesario)

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

4.4 VALOR PRESENTE PAGO

4.5 BALANCE DEL ANTICIPO

Table 1 Demographic characteristics of study population

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	\$	134.700.000,00		
ADICIONES O DISMINUCIONES	\$	-		
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO CANCELADO			\$	-
PAGOS PARCIALES CANCELADOS			\$	-
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO			\$	127.965.000,00
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL			\$	6.735.000,00
SUMAS IGUALES	\$	134.700.000,00	\$	134.700.000,00
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	\$	-		
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	Corriente	6877560022		
6. CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA EN MENCIÓN:				
Ha cumplido durante el presente periodo, 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 DEL SUPERVISOR	Carlos Alberto Sánchez Alfonso			
FIRMA:				
NOTA: TODOS LOS CAMPOS DEL INFORME DE SUPERVISIÓN DEBEN SER DILIGENCIADOS, CUANDO ALGÚN ÍTEM NO APLIQUE SE DEBE REGI				