

	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)	02/04/2025
-----------------	---	-------------------------------	------------

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:	4298	FECHA : (dd/mm/aa)	28/11/2024
No. DE LA ORDEN DE COMPRA (si aplica)	N/A	FECHA ORDEN DE COMPRA	N/A	No. PROCESO SECOP II	CO1.SLCNTR.13963791
CONTRATISTA O COOPERANTE: (Adicione filas si es necesario)	JOAQUIN MIGUEL ZULUAGA GONZALEZ			NIT:	93.394.565
VALOR INICIAL:	\$	6.200.000,00	PLAZO INICIAL:	30 DIAS	
CDP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)	5580 DEL 25/10/2024			RP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)	15555 DE 29/11/2024
NOMBRE DEL SUPERVISOR QUE SUSCRIBE EL PRESENTE INFORME: (Adicione filas si es necesario)	YENNY ARACELI ORTEGA SALAMANCA			ACTO ADMINISTRATIVO O CONTRACTUAL DE	Contrato de Prestación de Servicios Profesionales 4298 28 de noviembre del 2024
CORREO ELECTRONICO DEL SUPERVISOR:	yenni.ortega@saludtolima.gov.co				
FECHA DE LEGALIZACION DEL ACTO CONTRACTUAL INICIAL: (dd/mm/aa)	2/12/2024			FECHA INICIACION: (dd/mm/aa)	2/12/2024

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 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)

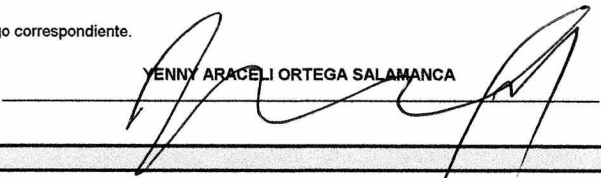
2.1 INFORMACIÓN SOBRE ADICIONALES, MODIFICATORIAS, ACLARATORIAS OTROSÍ, RESOLUCIONES, (CAMBIO DE SUPERVISOR, IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL, ETC) Y ACTA DE LIQUIDACIÓN (Si aplica)
(Adicione filas si es necesario)

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

2.2 INFORMACIÓN SOBRE ADICIONALES, MODIFICATORIAS, OTROSÍ, O RESOLUCIONES EN TEMAS DE VALOR, PLAZO E IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL
(Adicione filas si es necesario)

03 ABR / 2025 1967

TIPO DE DOCUMENTO SOPORTES (ACTA O RESOLUCIÓN) NÚMERO	NÚMERO IDENTIFICAD OR SECOP II	FECHA (dd/mm/aaaa)	VALOR ADICIONADO O DISMINUIDO	PLAZO ADICIONADO O DISMINUIDO	RP y CDP	FECHA DE LEGALIZACIÓN (dd/mm/aaaa)
N/A	N/A	N/A	\$ 0,00	0	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	\$ 0,00	0	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
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:			PAGO POR PERÍODOS	
PERÍODO QUE COMPRENDE EL PRESENTE PAGO:	02 DE DICIEMBRE AL 31 DE DICIEMBRE 2024			MUNICIPIO DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:	IBAGUE	
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)	DSE - 49160			FECHA FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A FACTURAR: (dd/mm/aa)	18/03/2025	
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 periodo que comprende el presente pago) (adicione filas si es necesario)						
PLANILLA DE LIQUIDACIÓN No:	82903991			MES DE COTIZACIÓN:	DICIEMBRE	
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:	N/A	SOPORTE QUE ACREDITA, NÚMERO Y FECHA	N/A			
ADQUIRIÓ DERECHO PARA PENSIONARSE:	N/A		N/A			
NO ALCANZA A PENSIONARSE SEGUN 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				
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			
05-5.19.04.1903.0300.01-2.3.2.02.02.009-0742	15555	N/A	\$ 6.200.000,00			
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO:			\$ 6.200.000,00			
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)			\$ 6.200.000,00			
(-) VALOR AMORTIZACIÓN ANTICIPO O LEGALIZACIÓN DE PAGO ANTICIPADO			\$ 0,00			
SUBTOTAL PRESENTE PAGO EJECUTADO			\$ 6.200.000,00			
(+) VALOR PRESENTE ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO			\$ 0,00			
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO			\$ 6.200.000,00			
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	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 concurren recursos con situación de fondos y recursos sin situación de fondos)		
VALOR PRESENTE PAGO ANTICIPADO	0	
VALOR PAGO ANTICIPADOS ANTERIORES	0	
VALOR LEGALIZADO EN PAGOS ANTERIORES		0
VALOR LEGALIZADO EN EL PRESENTE PAGO		0
VALOR PENDIENTE POR LEGALIZAR		0
SUMAS IGUALES	0	0
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	\$ 6.200.000,00	
ADICIONES O DISMINUCIONES		
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO CANCELADO		0,00
PAGOS PARCIALES CANCELADOS		
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO		\$ 6.200.000,00
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL		\$ -
SUMAS IGUALES	\$ 6.200.000,00	\$ 6.200.000,00
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		0
PAGOS PARCIALES CANCELADOS		0
VALOR PRESENTE PAGO		0
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL		0
SUMAS IGUALES	0	0
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	6814516430
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)	YENNY ARACELI ORTEGA SALAMANCA	
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
1. Apoyar las acciones de asistencia técnica a prestadores de servicios de salud en los componentes de Sistema de Información para la calidad y programa de auditoría para el mejoramiento de la atención en salud - PAMEC	No requerido para el periodo			
2. Apoyar acciones de inspección, Vigilancia y control establecidas para el sistema de información de la calidad, PAMEC y seguridad del paciente	Visita en atención caso de mortalidad materna Hospital Regional Alfonso Jaramillo del Libano CC 1088277946 N.Y.M.E Visita de atención en caso de mortalidad por Dengue Hospital Federico Lleras Acosta Ibagué RC 1188972024 C.I.C.G	Acta de visita realizada 11 de diciembre 2024 Acta de visita realizada 17 de diciembre de 2024	Carpeta obligación 2 magnético. Carpeta Mortalidad Materna, correo ivc.quejas@saludtolima.gov.co Carpeta Mortalidad Dengue, correo	
3. Apoyar según asignación el seguimiento continuo y oportuno de los planes de Mejora derivados de acciones de inspección, vigilancia y control, garantizando la trazabilidad correspondiente para su cierre o, en caso necesario, su traslado al área jurídica	Realización de visitas de seguimiento en cumplimiento del programa prevención de mortalidad materna con aplicación de instrumento ISABEL, así como visitas por mortalidad Dengue.	Instrumento Isabel: Diciembre 5 UMIT, Diciembre 8 Hospital Reina Sofía de España Lérída, Diciembre 9 Nuevo hospital la Candelaria Purificación, Diciembre 15 Hospital San Rafael del Espinal, Diciembre 16 Unidad de Salud de Ibagué Mortalidad Materna: Diciembre 10 Hospital Regional Alfonso Jaramillo Salazar Libano Mortalidad Dengue: Diciembre 17 Hospital Federico Lleras Acosta Ibagué	Carpeta obligación 3 magnético. Carpeta ONE DRIVE ISABEL 2024, correo ivc.quejas@saludtolima.gov.co Carpeta ONE DRIVE DENGUE 2024, correo pamec@saludtolima.gov.co	
4. Realizar la entrega y carga de informes, conforme a los requerimientos, como soporte documental en las plataformas institucionales y de los organismos de dirección y control, garantizando el cumplimiento de los plazos establecidos.	18 de diciembre se realiza cargue de instrumento a plataforma del ministerio de salud	Pantallazos del registro en plataforma	Carpeta obligación 4 magnético, correo ivc.quejas@saludtolima.gov.co Carpeta ONE DRIVE ISABEL 2024	
5. Asistir y participar en las capacitaciones, talleres y demás eventos programados a nivel nacional o departamental que le sean asignados.	No requerido para el periodo			
6. Asistir a las unidades de análisis por eventos de interés en salud pública	No requerido para el periodo			

7. Entregar al supervisor del contrato el cronograma de las actividades las cuales están sujetos a posibles cambios según indicaciones del supervisor, previo acuerdo y de manera concertada con el contratista	Se realiza cronograma de actividades y fechas a realizar			
8. Disponer información, evidencias y soportes relacionados con la ejecución del contrato en las herramientas tecnológicas definidas por la Secretaría de Salud Departamental	Se registra en Drive acciones realizadas durante el presente periodo	Actas, instrumentos, registros de las actividades durante el periodo 2/12/2024 al 31/12/2024	Carpetas magnéticas	
9. Mantener actualizado y debidamente organizado el archivo documental generado con ocasión del objeto y obligaciones contractuales de acuerdo a lineamientos establecidos por la entidad para Gestión Documental.	Permanente			
RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL POR PARTE DEL CONTRATANTE	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	EVIDENCIA	MECANISMO DE VERIFICACION	OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES
1. Una vez se surta el proceso de contratación estatal, asignar un Supervisor, a través de quien la gobernación mantendrá la interlocución permanente y directa con el CONTRATISTA.	Designado mediante Contrato	Contrato 4298 28-Noviembre-2024	Plataforma Secoop II	
2. Ejercer el control sobre el cumplimiento del contrato a través del Supervisor designado para el efecto, exigiéndole la ejecución idónea y oportuna del objeto a contratar.	Se realiza verificación de cada uno de las obligaciones y documentos entregados por parte de la contratista.	Informe de ejecución y carpetas soporte por obligación		
3. Adelantar las gestiones necesarias para el reconocimiento y cobro de las sanciones pecuniarias a que hubiere lugar, para lo cual el Supervisor dará aviso oportuno a la gobernación, sobre la ocurrencia de hechos constitutivos de mora o incumplimiento.	NA			
4. Pagar al CONTRATISTA en la forma pactada y con sujeción a las disponibilidades presupuestales y de PAC previstas para el efecto.	Cuenta soportada con la entrega de Informe de actividades mensual	Informe de ejecución de actividades periodo del 02-12-2024 al 31-12-2024	Plataforma Secoop II	
5. Tramitar diligentemente las apropiaciones presupuestales que requiera para solventar las prestaciones patrimoniales que hayan surgido a su cargo como consecuencia de la suscripción del contrato.	NA			
CONCLUSIONES:				
A la fecha, 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. Se firma acta de compromiso.				
Por lo anterior, se da el visto bueno para realizar el pago correspondiente.				
NOMBRE(s) DEL SUPERVISOR(es) :		YENNY ARACELI ORTEGA SALAMANCA		
FIRMA:		