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

INFORME NÚMERO:	2	FECHA DEL INFORME: (dd/mm/aa)	23/07/2025
------------------------	---	--------------------------------------	------------

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:	1766	FECHA : (dd/mm/aa)	21/04/2025
No. DE LA ORDEN DE COMPRA (si aplica)	N/A	FECHA ORDEN DE COMPRA	N/A	No. PROCESO SECOP II	CD-2025-PS-1805
CONTRATISTA O COOPERANTE: (Adicione filas si es necesario)	ERIKA DAYANA BASTIDAS OSPINA			NIT:	1110567533
VALOR INICIAL:	\$	9.000.000		PLAZO INICIAL:	75 DIAS CALENDARIO
CDP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)	713 DEL 27 DE ENERO DE 2025			RP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)	4563 DEL 23 DE ABRIL DE 2025
NOMBRE DEL SUPERVISOR QUE SUSCRIBE EL PRESENTE INFORME: (Adicione filas si es necesario)	ZULMA LILIANA ACOSTA ORTEGON			ACTO ADMINISTRATIVO O CONTRACTUAL DE DESIGNACIÓN Y FECHA:	RESOLUCION 001637 DEL 02/05/2025
CORREO ELECTRONICO DEL SUPERVISOR:	direccionsaludpublica@saludtolima.gov.co				
FECHA DE LEGALIZACIÓN DEL ACTO CONTRACTUAL INICIAL: (dd/mm/aa)	24 DE ABRIL DE 2025		FECHA INICIACION: (dd/mm/aa)	24 DE ABRIL DE 2025	

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
PAGO REGISTRO EN BOLSA Y SISTEMA DE COMPENSACIÓN Y LIQUIDACIÓN	N/A	N/A
PAGO DE LA OPERACIÓN NEGOCIO:	N/A	N/A
OTROS:	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)
RESOLUCION 001637	N/A	2/05/2025	CAMBIO DE SUPERVISOR	2/05/2025
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)

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 LEGALIZACIÓN (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

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 BASICA PARA EL PAGO

ENTIDAD PUBLICA: (Marque con una X)	NO	TIPO DE DESEMBOLSO A REALIZAR SEGÚN ACTO CONTRACTUAL:		PAGO POR PERÍODOS
PERÍODO QUE COMPRENDE EL PRESENTE PAGO:	24/05/2025 AL 22/06/2025		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 - 54918		FECHA FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A FACTURAR: (dd/mm/aa)	2/07/2025
VERIFICACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL Y/O PARAFISCALES ART. 60 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:	9486013452		MES DE COTIZACIÓN:	MAYO
FECHA DE LA CERTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O REVISOR FISCAL:			MES DE COTIZACIÓN:	
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 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:	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 - 0719	4563 DEL 23/04/2025	N/A	\$	3.600.000,00
N/A	N/A	N/A	\$	-
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO:			\$	3.600.000,00
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)			\$	3.600.000,00
(-) VALOR AMORTIZACIÓN ANTICIPO O LEGALIZACIÓN DE PAGO ANTICIPADO			\$	-
SUBTOTAL PRESENTE PAGO EJECUTADO			\$	3.600.000,00
(+) VALOR PRESENTE ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO			\$	-
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO			\$	3.600.000,00
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	\$		-	-
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 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	\$		9.000.000,00	
ADICIONES O DISMINUCIONES				
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO CANCELADO			\$	-
PAGOS PARCIALES CANCELADOS			\$	3.600.000,00
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO			\$	3.600.000,00
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL			\$	1.800.000,00
SUMAS IGUALES	\$		9.000.000,00	\$ 9.000.000,00
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	\$		-	-
ADICIONES O DISMINUCIONES EN VALOR	\$		-	-

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 CESIÓN PAGO DEBIAMENTE AUTORIZADO POR CONTRATISTA Y ORDENADOR DEL GASTO)

NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA	TIPO CUENTA BANCARIA	NUMERO CUENTA BANCARIA
DAVIVIENDA	AHORROS	0550488415672374

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(s) DEL SUPERVISOR(es)

ZULMA LILIANA ACOSTA ORTEGON

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"