

	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)		01/09/2025
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:	2605	FECHA : (dd/mm/aa)	11/07/2025
No. DE LA ORDEN DE COMPRA (si aplica)		N/A	FECHA ORDEN DE COMPRA	N/A	No. PROCESO SECOP II	CD-2025-CONT-2595
CONTRATISTA O COOPERANTE: (Adicione filas si es necesario)		HOSPITAL SUMAPAZ DE ICONONZO			NIT:	890702190-3
VALOR INICIAL:		\$ 300.904.271,00			PLAZO INICIAL:	150 DIAS
CDP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)		3530 de 20/05/2025			RP(S) INICIAL / VIGENCIA:	9174 de 17/07/2025
NOMBRE DEL SUPERVISOR QUE SUSCRIBE EL PRESENTE INFORME: (Adicione filas si es necesario)		CARLOS ALBERTO TORRES LOPEZ			ACTO ADMINISTRATIVO O CONTRACTUAL DE DESIGNACIÓN Y FECHA:	
CORREO ELECTRONICO DEL SUPERVISOR:		mtrasadores@saludtolima.gov.co				
FECHA DE LEGALIZACION DEL ACTO CONTRACTUAL INICIAL: (dd/mm/aa)		17/07/2025			FECHA INICIACION: (dd/mm/aa)	17/07/2025
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			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	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)						

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

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		\$ 0,00	0	N/A	N/A
N/A	N/A		\$ 0,00	0	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)
0	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
0	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
0	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)	SI	TIPO DE DESEMBOLSO A REALIZAR SEGÚN ACTO CONTRACTUAL:	PAGO POR PERÍODOS
PERÍODO QUE COMPRENDE EL PRESENTE PAGO:	Pago correspondiente del 25% periodo 17/07/2025 al 15/8/2025		MUNICIPIO DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:
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)
No. DE FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A FACTURAR (adicione filas si es necesario)	HS131093		FECHA FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A FACTURAR: (dd/mm/aa)
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:	34159112-34159120		MES DE COTIZACIÓN:
FECHA DE LA CERTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O REVISOR FISCAL:	6/08/2025		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		VIA 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)

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

IDENTIFICACIÓN PRESUPUESTAL (CÓDIGO PRESUPUESTAL)	No. RP PARA SIAF	No. RP PARA SPGR	VALOR A AFECTAR PARA EL PRESENTE PAGO
05-5.19.02.1906.0300.01-2.3.3.01.02.005-0630	9174 de 17/007/2025	N/A	\$ 75.226.067,75
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO:			\$ 75.226.067,75

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)	75.226.067,75
(-) VALOR AMORTIZACIÓN ANTICIPO O LEGALIZACIÓN DE PAGO ANTICIPADO	0,00
SUBTOTAL PRESENTE PAGO EJECUTADO	75.226.067,75
(+) VALOR PRESENTE ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO	0,00
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO	75.226.067,75

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

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

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	\$ 300.904.271,00
ADICIONES O DISMINUCIONES	\$ 0,00
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO CANCELADO	0,00
PAGOS PARCIALES CANCELADOS	0,00
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO	75.226.067,75
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL	225.678.203,25
SUMAS IGUALES	\$ 300.904.271,00

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

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
BANCO BANCOLOMBIA	AHORROS	41384225274

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) CARLOS ALBERTO TORRES LOPEZ

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"

