	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:	5	FECHA DEL INFORME: (dd/mm/aa)	15/09/2025

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:	1537	FECHA: (dd/mm/aa)	2/04/2025
No. DE LA ORDEN DE COMPRA (si aplica)	N/A	FECHA ORDEN DE COMPRA	N/A	No. PROCESO SECOP II	CD-2025-PS-1612
CONTRATISTA O COOPERANTE: (Adicione filas si es necesario)		ANDRES FELIPE SALDAÑA ROSARIO		NIT:	1110542373
VALOR INICIAL:		$ 28.800.000		PLAZO INICIAL:	180 Dias Calendario
CDP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)		1730 DEL 28/02/2025		RP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)	3841 DEL 3/04/2025
NOMBRE DEL SUPERVISOR QUE SUSCRIBE EL PRESENTE INFORME: (Adicione filas si es necesario)		JEIMMY ELIZABETH MEDINA BARRERA		ACTO ADMINISTRATIVO O CONTRACTUAL DE DESIGNACIÓN Y FECHA:	DECRETO 0589 DE SEPTIEMBRE 10 DE 2025
CORREO ELECTRONICO DEL SUPERVISOR:		direccion.gruposvulnerables@tolima.gov.co			
FECHA DE LEGALIZACION DEL ACTO CONTRACTUAL INICIAL: (dd/mm/aa)		3/04/2025		FECHA INICIACION: (dd/mm/aa)	3/04/2025

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

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)
DECRETO NUMERO 0589	N/A	SEPTIEMBRE 10 DE 2025	POR MEDIO DEL CUAL SE PRODUCE UNA NOVEDAD EN LA PLANTA DE EMPLEOS DE LA ADMINISTRACION CENTRAL DEPARTAMENTAL.	SEPTIEMBRE 10 DE 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)

Scanned with CamScanner

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	$ 0	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	$ 0	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	$ 0	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	$ 0	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 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:	DEL 01/08/2025 AL 30/08/2025	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-58910	FECHA FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A FACTURAR: (dd/mm/aa)	1/09/2025

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:	9489729904	MES DE COTIZACIÓN:	AGOSTO DE 2025
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 PENSIOANARSE 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	$ 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	N/A	N/A
EDIFICACIÓN	N/A	N/A
MEJORAS	N/A	N/A
OTROS _____	N/A	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
03-3.41.4103.1500.01-2.3.2.02.02.008-8020	3841	N/A	$ 4.800.000

4

VALOR TOTAL PRESENTE PAGO:			$ 4.800.000

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)	$	4.800.000,00
(-) VALOR AMORTIZACION ANTICIPO O LEGALIZACIÓN DE PAGO ANTICIPADO	,$	0
SUBTOTAL PRESENTE PAGO EJECUTADO	$	4.800.000,00
(+) VALOR PRESENTE ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO	,$	0
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO	$	4.800.000,00

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	$ 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 concurran 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 concurran recursos con situación de fondos y recursos sin situación de fondos)

VALOR DEL ACTO CONTRACTUAL	$ 28.800.000,00	
ADICIONES O DISMINUCIONES		
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO CANCELADO		$ -
PAGOS PARCIALES CANCELADOS		$ 19.200.000,00
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO		$ 4.800.000,00
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL		$ 4.800.000,00
SUMAS IGUALES	$ 28.800.000,00	$ 28.800.000

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
BANCO FALABELLA	AHORROS	111820358494

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) JEIMMY ELIZABETH MEDINA BARRERA

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 DEBERA REGISTRAR "0"**

Scanned with CamScanner

	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 fases de diagnóstico, formulación, aprobación y seguimiento de la política pública del cuidado, mediante el desarrollo de análisis de datos, diligenciamiento de informes y actas entregando registro fotográfico, e insumos requeridos.	En apoyo con el PNUD y MINISTERIO DE LA IGUALDAD se ha avanzado en la fase de diagnóstico de oferta y demanda de cuidado y en la territorialización del sistema local de cuidado en el Departamento del Tolima. •Se acompañó la celebración del Dia del Cuidador, realizada el 20 de Agosto, en articulación con los actores institucionales y comunitarios, con el propósito de visibilizar la labor de quienes cumplen este rol, reconocer su aporte social y promover acciones de bienestar orientadas a fortalecer el Sistema de Cuidado en el departamento. tSe acompaño la reunión entre el ministerio de la igualdad y la ESAP, en la cual presentaron la nueva propuesta de acompañamiento que brindaran para la territorialización del sistema de cuidado, en el cual priorizaron a un municipio del Departamento del Tolima, para organizar el sistema municipal de cuidado y la escuela de liderazgo político, la idea es articular junto a la gobernación este proceso que se realizó a nivel departamental junto al Ministerio de la Igualdad pero con otro operador, el PNUD.	Verificacion Documental y evidencia fotografica	Verificacion Documental y evidencia fotografica	
2. Apoyar la implementación, evaluación y seguimiento de ejecución de la política publica LGBT y AFROmediante la elaboración de acta, registro fotográfico y listado de asistencia.	En atención a la solicitud de la Secretaría de Planeación Departamental, mediante Circular No. 075 del 1 de agosto de 2025, se procedió al diligenciamiento y respectivo envió de los instrumentos de seguimiento e identificación de las Políticas Públicas LGTBI y Afro, conforme a los formatos definidos por dicha dependencia. El formato de seguimiento solicitaba la armonización del Plan de Desarrollo 2024-2027 con los respectivos planes de implementación de las políticas mencionadas.	Verificacion Documental y evidencia fotografica	Verificacion Documental y evidencia fotografica	
3. Presentar Matriz de seguimiento e informe del avance de la política publica LGTBI y AFRO consolidada de cada uno de los actores institucionales responsables de su implementación.	Durante el presente periodo no se requirió el desarrollo de esta actividad, razón por la cual no se adelantaron acciones asociadas ni se reporta ejecución dentro de esta actividad.	Verificacion Documental y evidencia fotografica	Verificacion Documental y evidencia fotografica	
4. Apoyar la Secretaría Técnica para el desarrollo de las mesas Consultivas Departamentales LGBTI y AFRO, llevando actas, registro fotográfico y listado de asistencia en el archivo correspondiente.	Durante el presente periodo no se requirió el desarrollo de esta actividad, razón por la cual no se adelantaron acciones asociadas ni se reporta ejecución dentro de esta actividad.	Verificacion Documental y evidencia fotografica	Verificacion Documental y evidencia fotografica	
5 Todas las demás asignadas por su supervisor con respecto al proyecto, programa y metas designadas en este contrato en cumplimiento del objeto contractual.	Se apoyaron las demás obligaciones que están relacionadas con el objeto contractual y fueron asignadas por el supervisor del contrato.	Verificacion Documental y evidencia fotografica	Verificacion Documental y evidencia fotografica	

1.2 RESPONSABILIDADES DEL CONTRATANTE

RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL POR PARTE DEL CONTRATANTE	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	EVIDENCIA	MECANISMO DE VERIFICACION	OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES
1.La vigilancia y control de la ejecución del Contrato.	Verificar las labores desarrolladas por el contratista	Informe de seguimiento realizada	Informe de supervisión	
2. Hacer recomendaciones y sugerencias al CONTRATISTA con respecto a la ejecución del contrato	verificar las labores desarrolladas por el contratista	Informe de seguimiento realizada	Informe de supervisión	
3 Expedir certificación de cumplimiento a satisfacción de los servicios prestados, si fuere el caso	verificar labores del contratista a traves del informe presentado	Informe de seguimiento realizada	Informe de supervisión	
4. Corroborar que el CONTRATISTA se encuentre al día y acredite el cumplimiento de las obligaciones del Sistema de Seguridad Social y parafiscales.	verificar el pago de seguridad social corresondiente al mes del pago y del informe	Informe de seguimiento realizada	Informe de supervisión	
5. Remitir al archivo del Grupo de Contratación toda la documentación en original que se genere en relación con el contrato en todas sus etapas: Precontractual, Contractual y Postcontractual.	Informes presentados	Informe de seguimiento realizada	Informe de supervisión	

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) : JEIMMY ELIZABETH MEDINA BARRERA

FIRMA: