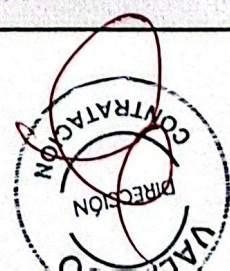


copy

	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:		6	FECHA DEL INFORME: (dd/mm/aa)		23/09/2025
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:	1774	FECHA : (dd/mm/aa)	22/04/2025
No. DE LA ORDEN DE COMPRA (si aplica)	N/A	FECHA ORDEN DE COMPRA	N/A	No. PROCESO SECOP II	CD-2025-PS-1825
CONTRATISTA O COOPERANTE: (Adicione filas si es necesario)		ALISON ELIANE CALDERÓN OLAYA		NIT:	1.110.568.804
VALOR INICIAL:		\$ 20.000.000,00		PLAZO INICIAL:	150
CDP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)		2634 DEL 07 DE ABRIL DE 2025.		RP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)	4727 DEL 24 DE ABRIL DE 2025.
NOMBRE DEL SUPERVISOR QUE SUSCRIBE EL PRESENTE INFORME: (Adicione filas si es necesario)		Kateryne Yulieth Leon Miranda		ACTO ADMINISTRATIVO O CONTRACTUAL DE DESIGNACIÓN Y FECHA:	CONTRATO 1774 DEL 22 DE ABRIL DE 2025
CORREO ELECTRONICO DEL SUPERVISOR:		directora.contratacion@tolima.gov.co			
FECHA DE LEGALIZACION DEL ACTO CONTRACTUAL INICIAL: (dd/mm/aa)		24/04/2025		FECHA INICIACION: (dd/mm/aa)	24/04/2025
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	
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)					



Handwritten mark or signature.

TIPO DE DOCUMENTO SOPORTES (ACTA O RESOLUCIÓN)	NÚMERO IDENTIFICAD OR 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	N/A	N/A	

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

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	\$ -	-	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	

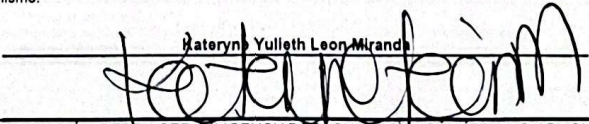
3. INFORMACIÓN BÁSICA PARA EL PAGO

ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO: (Marque con una X)	NO	SEGUN 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 SEGUN ACTO CONTRACTUAL:	PAGO POR PERÍODOS
PERÍODO QUE COMPRENDE EL PRESENTE PAGO:	22/08/2025 AL 20/09/2025		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 - 60446		FECHA FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A FACTURAR: (dd/mm/aa) 19/09/2025
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:	9490324855	MES DE COTIZACIÓN:	AGOSTO
PLANILLA DE LIQUIDACIÓN No:	9490444337	MES DE COTIZACIÓN:	SEPTIEMBRE
FECHA DE LA CERTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O REVISOR FISCAL:		MES DE COTIZACIÓN:	N/A
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 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:	VÍA DE SEGUNDO ORDEN:	
REHABILITACIÓN Y/O MEJORAMIENTO	VALOR	\$ -

CLASIFICACIÓN DE LA INVERSIÓN Y 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 SIAF	No. RP PARA SPGR	VALOR A AFECTAR PARA EL PRESENTE PAGO		
03-2.1.2.02.02.008-8020	4727 DEL 24 DE ABRIL DE 2025		\$	4.000.000,00	
N/A	N/A	N/A	\$	-	
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO:			\$	4.000.000,00	
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)			\$	4.000.000,00	
(-) VALOR AMORTIZACIÓN ANTICIPO O LEGALIZACIÓN DE PAGO ANTICIPADO			\$	-	
SUBTOTAL PRESENTE PAGO EJECUTADO			\$	4.000.000,00	
(+) VALOR PRESENTE ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO			\$	-	
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO			\$	4.000.000,00	
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			\$	20.000.000,00	
ADICIONES O DISMINUCIONES			\$	-	
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO CANCELADO			\$	-	
PAGOS PARCIALES CANCELADOS			\$	16.000.000,00	
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO			\$	4.000.000,00	
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL			\$	-	
SUMAS IGUALES			\$	20.000.000,00	
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			\$	-	
ANTICIPO CANCELADO			\$	-	
PAGOS PARCIALES CANCELADOS			\$	-	
VALOR PRESENTE PAGO			\$	-	
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL			\$	-	
SUMAS IGUALES			\$	-	
6. INFORMACION CUENTA BANCARIA PARA CONSIGNACION PRESENTE PAGO (SEGUN 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		07912640363		
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.					
NOMBRE(S) DEL SUPERVISOR(ES)		 Katerine Yulbeth Leon Miranda			
FIRMA(S):					
NOTA: TODOS LOS CAMPOS DEL INFORME DE SUPERVISIÓN DEBEN SER DILIGENCIADOS, CUANDO ALGUN 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"					