	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:	4	FECHA DEL INFORME: (dd/mm/aa)	21/11/2025

GRADO DE RESPONSABILIDAD

MEDIANTE LA SUSCRIPCION DE LA PRESENTE ACTA, EL SUPERVISOR ASUME PLENA RESPONSABILIDAD POR LA VERACIDAD DE LA INFORMACION EN ELLA CONTENIDA:

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

TIPO DE ACTO CONTRACTUAL:	**CONTRATO**	**NÚMERO:**	**1467**	**FECHA :** (dd/mm/aa)	29/03/2025
No. DE LA ORDEN DE COMPRA (si aplica)	**N/A**	**FECHA ORDEN DE COMPRA**		**No. PROCESO SECOP II**	CD-2025-CONT-1545
CONTRATISTA O COOPERANTE: (Adicione filas si es necesario)		**HOSPITAL LA MILAGROSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE VILLARRICA**		**NIT:**	890.702.476-4
VALOR INICIAL:		**$ 100.000.000,00**		**PLAZO INICIAL:**	150
CDP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)		1234 DEL 13 DE FEBRERO DE 2025		**RP(S) INICIAL / VIGENCIA:** (Adicione filas si es necesario)	3876 DEL 3 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 1637 del 02/05/2025
CORREO ELECTRONICO DEL SUPERVISOR:		[redacted]			
FECHA DE LEGALIZACION DEL ACTO CONTRACTUAL INICIAL: (dd/mm/aa)		7/05/2025		**FECHA INICIACION:** (dd/mm/aa)	19/05/2025

1.1 INFORMACIÓN REQUERIDA EN CASO DE ACTAS DE CESIÓN

CONTRATISTA CEDENTE		**NIT:**	
CONTRATISTA CESIONARIO		**NIT:**	

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		
PAGO REGISTRO EN BOLSA Y SISTEMA DE COMPENSACIÓN Y LIQUIDACIÓN		
PAGO DE LA OPERACIÓN *NEGOCIO:*		
OTROS:		

1.3 INFORMACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL, SI APLICA (Adicione filas si es necesario)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	**NIT:**	**PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN**

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)
Modificatoria 1	CO1.CTRMOD.19458874	26/06/2025	Se hace necesario modificar de acuerdo a la justificación, se requiere realizar la presente Modificatoria a la cláusula 4 del contrato y a la nota técnica, quedando de la siguiente forma: CLAUSULA 4) OBLIGACIONES ESPECIFICAS: 1. Definir la conformación y operación de los EBS teniendo en cuenta la identificación de las prioridades en salud, en el marco de la emergencia en Salud pública por brote de Fiebre Amarilla en el departamento Tolima. Se deberá realizar la planeación técnica y financiera para la operación de los equipos básicos en salud, contribuyendo al bienestar de la población mediante el desarrollo de actividades necesarias para reducir al mínimo la vulnerabilidad de la salud colectiva y gestionar adecuadamente las respuestas para la detección temprana del riesgo daño individual y colectivo, la reparación y recuperación de la salud. El equipo básico deberá estar conformado por 1 enfermero, 2 auxiliares enfermería, 2 agentes o gestores comunitarios y el servicio de transporte para las actividades de la zona rural y urbana.	3/07/2025

Cristian

Prorroga N° 1	CO1.CTRMOD.2 0522683	15/10/2025	De acuerdo a la consideración anteriormente expuesta, se procede a modificar las siguientes cláusulas del contrato CLAUSULA 2 PLAZO: el departamento del Tolima establece el plazo de ejecución de ciento ochenta (180) días calendario contados a partir del acta de inicio, con fecha de terminación LA FECHA DE FINALIZACION SERA EL DIA 14 DE NOVIEMBRE DE 2025	15/10/2025
Resolucion n°1637		2/05/2025	"POR MEDIO DEL CUAL SE DESIGNA SUPERVISOR PARA UNOS *CONTRATISTAS DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA*"	2/05/2025

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 LEGALIZACION (dd/mm/aaaa)
			$ -			
			$ -			
			$ -			

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)

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)		
ENTIDAD PUBLICA: (Marque con una X)	SI	**TIPO DE DESEMBOLSO A REALIZAR SEGÚN ACTO CONTRACTUAL:**		**PAGO PARCIAL**
PERÍODO QUE COMPRENDE EL PRESENTE PAGO:		DEL 16 DE SEPTIEMBRE AL 15 DE OCTUBRE del 2025	**MUNICIPIO DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:**	VILLARRICA TOLIMA
***COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN O* CERTIFICACIÓN DEL ALMACENISTA (adicione filas si es necesario)**			**FECHA COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN O CERTIFICACIÓN DEL ALMACENISTA: (dd/mm/aa)**	
No. DE FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A FACTURAR (adicione filas si es *necesario)*		**HLM 14604**	**FECHA FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A FACTURAR: (dd/mm/aa)**	**19/11/2025**

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:	**35444457**	**MES DE COTIZACIÓN:**	**OCTUBRE DEL 2025**
***FECHA DE LA CERTIFICACIÓN DEL* REPRESENTANTE LEGAL O REVISOR FISCAL:**	12 DE NOVIEMBRE DEL 2025	***MES DE* COTIZACIÓN:**	OCTUBRE DEL 2025

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:			
ADQUIRIÓ DERECHO PARA PENSIONARSE:		**SOPORTE QUE ACREDITA, NÚMERO Y FECHA**	
NO ALCANZA A PENSIOANARSE SEGÚN EDAD Y TIEMPO COTIZADO:			

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

05-5-19-03-1905-0300-.01-2-3-2-02-02-009-0633	3876		$	10.000.000,00
			$	-
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO:			**$**	**10.000.000,00**

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)	$	50.000.000,00
(-) VALOR AMORTIZACION ANTICIPO O LEGALIZACIÓN DE PAGO ANTICIPADO	$	20.000.000,00
SUBTOTAL PRESENTE PAGO EJECUTADO	$	10.000.000,00
(+) VALOR PRESENTE ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO	$	-
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO	**$**	**10.000.000,00**

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

VALOR PRESENTE PAGO ANTICIPADO	$	-		
VALOR PAGO ANTICIPADOS ANTERIORES	**$**	**20.000.000,00**		
VALOR LEGALIZADO EN PAGOS ANTERIORES			$	-
VALOR LEGALIZADO EN EL PRESENTE PAGO			$	20.000.000,00
VALOR PENDIENTE POR LEGALIZAR			$	-
SUMAS IGUALES	**$**	**20.000.000,00**	**$**	**20.000.000,00**

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	**$**	**100.000.000,00**		
ADICIONES O DISMINUCIONES	**$**	-		
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO CANCELADO			$	20.000.000,00
PAGOS PARCIALES CANCELADOS			$	70.000.000,00
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO			$	10.000.000,00
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL			$	-
SUMAS IGUALES	**$**	**100.000.000,00**	**$**	**100.000.000,00**

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	$	-	$	-

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**	**41300002932**

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) **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"**