

	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:	10	FECHA DEL INFORME: (dd/mm/aa)		28/11/2025	
<b>GRADO DE RESPONSABILIDAD</b>					
MEDIANTE LA SUSCRIPCIÓN DE LA PRESENTE ACTA, EL SUPERVISOR ASUME PLENA RESPONSABILIDAD POR LA VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN EN ELLA CONTENIDA:					
<b>1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO</b>					
TIPO DE ACTO CONTRACTUAL:	CONTRATO	NÚMERO:	0599	FECHA : (dd/mm/aa)	13/02/2025
No. DE LA ORDEN DE COMPRA (si aplica)	N/A	FECHA ORDEN DE COMPRA	N/A	No. PROCESO SECOP II	CD-2025-PS-0626
CONTRATISTA O COOPERANTE: (Adicione filas si es necesario)	LEIDY VIVIANA ROJAS PAEZ			NIT:	1110472380
VALOR INICIAL:	\$	44.000.000		PLAZO INICIAL:	300 DIAS
CDP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)	809(28/01/2025)			RP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)	901(17/02/2025)
NOMBRE DEL SUPERVISOR QUE SUSCRIBE EL PRESENTE INFORME: (Adicione filas si es necesario)	ALDO EUGENIO BELTRÁN RIVERA			ACTO ADMINISTRATIVO O CONTRACTUAL DE DESIGNACIÓN Y FECHA:	CONTRATO 0599 DEL 13 DE FEBRERO DE 2025
CORREO ELECTRONICO DEL SUPERVISOR:	aldoe.beltran@saludtolima.gov.co				
FECHA DE LEGALIZACION DEL ACTO CONTRACTUAL INICIAL: (dd/mm/aa)	17/02/2025			FECHA INICIACION: (dd/mm/aa)	17/02/2025
<b>1.1 INFORMACIÓN REQUERIDA EN CASO DE ACTAS DE CESIÓN</b>					
CONTRATISTA CEDENTE	N/A			NIT:	N/A
CONTRATISTA CESIONARIO	N/A			NIT:	N/A
<b>1.2 INFORMACIÓN REQUERIDA EN CASO DE CONTRATOS DE COMISIÓN (BOLSA MERCANTIL DE COLOMBIA)</b>					
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
<b>1.3 INFORMACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL, SI APLICA (Adicione filas si es necesario)</b>					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL				NIT:	POCENTAJE DE PARTICIPACIÓN
N/A				N/A	N/A
<b>2. INFORMACIÓN SOBRE ACTAS ADICIONALES, MODIFICATORIAS, RESOLUCIONES, ACTA DE LIQUIDACIÓN (SI APLICA)</b>					
<b>2.1 INFORMACIÓN SOBRE ADICIONALES, MODIFICATORIAS, ACLARATORIAS OTROSÍ, RESOLUCIONES, (CAMBIO DE SUPERVISOR, IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL, ETC) Y ACTA DE LIQUIDACIÓN (Si aplica)</b> (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)
<b>2.2 INFORMACIÓN SOBRE ADICIONALES, MODIFICATORIAS, OTROSÍ, O RESOLUCIONES EN TEMAS DE VALOR, PLAZO E IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL</b> (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 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)
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 ANÍMO 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 PÚBLICA: (Marque con una X)	NO	TIPO DE DESEMBOLSO A REALIZAR SEGÚN ACTO CONTRACTUAL:	PAGO POR PERÍODOS
PERÍODO QUE COMPRENDE EL PRESENTE PAGO:	DEL 14 DE NOVIEMBRE DE 2025 AL 13 DE DICIEMBRE DE 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- 65475		FECHA FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A 25/11/2025

**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:	9494880137 - 9494880172	MES DE COTIZACIÓN:	NOVIEMBRE - DICIEMBRE
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 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 CONSTRUCCIÓN	VALOR	\$ -
		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 0300.02-2.3.2.02 02.009-0742	901(17/02/2025)		\$ 4.400.000,00
<b>VALOR TOTAL PRESENTE PAGO:</b>			\$ 4.400.000,00

**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)	\$ 4.400.000,00
(-) VALOR AMORTIZACIÓN ANTICIPO O LEGALIZACIÓN DE PAGO ANTICIPADO	\$ -
SUBTOTAL PRESENTE PAGO EJECUTADO	\$ 4.400.000,00
(+) VALOR PRESENTE ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO	\$ -
<b>VALOR TOTAL PRESENTE PAGO</b>	\$ 4.400.000,00

**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**

(Si hay más de un cooperante, agregar balances por cada uno de ellos)

VALOR DEL ACTO CONTRACTUAL	\$	44 000 000,00	
ADICIONES O DISMINUCIONES	\$	-	
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO CANCELADO			\$ -
PAGOS PARCIALES CANCELADOS			\$ 39.600.000,00
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO			\$ 4.400.000,00
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL			\$ -
SUMAS IGUALES	\$	44.000.000,00	\$ 44.000.000,00

**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)

<b>NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA</b>	<b>TIPO CUENTA BANCARIA</b>	<b>NUMERO CUENTA BANCARIA</b>
BANCOLOMBIA	AHORROS	86993253997

**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)

ALDO EUGENIO BELTRÁN RIVERA

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"

