


Perú  
Secretaría de Salud

	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:	8	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:	1680	FECHA : (dd/mm/aa)
No. DE LA ORDEN DE COMPRA (si aplica)	N/A	FECHA ORDEN DE COMPRA	N/A	No. PROCESO SECOP II
CONTRATISTA O COOPERANTE: (Adicione filas si es necesario)	DIANA CAROLINA GARRIDO BARRERA			NIT: 38361393
VALOR INICIAL:	\$	42.500.000,00	PLAZO INICIAL:	DOSIENTOS CINCUENTA Y CINCO (255) DÍAS CALENDARIO
GDP(\$ INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)	2393 DE 20 DE MARZO DE 2025			RP(\$ INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)
NOMBRE DEL SUPERVISOR QUE SUSCRIBE EL PRESENTE INFORME: (Adicione filas si es necesario)	FERNANDO DIAZ ESCANDON			ACTO ADMINISTRATIVO O CONTRACTUAL DE DESIGNACIÓN Y FECHA: CONTRATO 1680 DEL 09 DE ABRIL DE 2025
CORREO ELECTRONICO DEL SUPERVISOR:	fernando.diaz@saludtolima.gov.co			
FECHA DE LEGALIZACIÓN DEL ACTO CONTRACTUAL INICIAL: (dd/mm/aa)	21/04/2025		FECHA INICIACION: (dd/mm/aa)	21/04/2025
<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)

Aclaratoria	1	12/06/2025	Corrección de fecha de Contrato en la Legalización	12/06/2025

**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)
			\$ -	-		
			\$ -	-		
			\$ -	-		

**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 BÁSICA 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 PÚBLICA: (Marque con una X)	NO	TIPO DE DESEMBOLSO A REALIZAR SEGÚN ACTO CONTRACTUAL:	PAGO POR PERÍODOS
PERÍODO QUE COMPRENDE EL PRESENTE PAGO:	17/11/2025 AL 16/12/2025	MUNICIPIO DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:	IBAGUÉ
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)	
No. DE FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A FACTURAR (adicione filas si es necesario)	DSE-67904	FECHA FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A FACTURAR: (dd/mm/aa)	27/11/2025

**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:	9494194132-9495026464	MES DE COTIZACIÓN:	NOVIEMBRE - DICIEMBRE
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 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:	NO
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	\$ -	
EDIFICACIÓN	\$ -	
MEJORAS	\$ -	
OTROS	\$ -	

**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
05-5.19.04.1903.0300.01-2.3.2.02.02.008-0742	4222	N/A	\$ 5.000.000,00

VALOR TOTAL PRESENTE PAGO:	\$	5.000.000,00
<b>4.4 VALOR PRESENTE PAGO</b>		
<small>(Adicionar filas, cuando en el pago concurren recursos con situación de fondos y recursos sin situación de fondos)</small>		
VALOR PRESENTE ACTA (VALOR EJECUTADO)	\$	5.000.000,00
(-) VALOR AMORTIZACIÓN ANTICIPO O LEGALIZACIÓN DE PAGO ANTICIPADO	\$	-
SUBTOTAL PRESENTE PAGO EJECUTADO	\$	5.000.000,00
(+) VALOR PRESENTE ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO	\$	-
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO	\$	5.000.000,00

<b>4.5 BALANCE DEL ANTICIPO</b>		
<small>(Adicionar filas, cuando en el pago concurren recursos con situación de fondos y recursos sin situación de fondos)</small>		
VALOR PRESENTE ANTICIPO	\$	-
VALOR ANTICIPOS ANTERIORES	\$	-
VALOR AMORTIZADO EN PAGOS ANTERIORES	\$	-
VALOR DE AMORTIZACIÓN EN EL PRESENTE PAGO	\$	-
VALOR PENDIENTE POR AMORTIZAR	\$	-
SUMAS IGUALES	\$	-

<b>4.6 BALANCE DEL PAGO ANTICIPADO</b>		
<small>(Adicionar filas, cuando en el pago concurren recursos con situación de fondos y recursos sin situación de fondos)</small>		
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	\$	-

<b>4.7 BALANCE DEL ACTO CONTRACTUAL POR EL DEPARTAMENTO</b>		
<small>(Adicionar filas, cuando en el pago concurren recursos con situación de fondos y recursos sin situación de fondos)</small>		
VALOR DEL ACTO CONTRACTUAL	\$	42.500.000,00
ADICIONES O DISMINUCIONES	\$	-
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO CANCELADO	\$	-
PAGOS PARCIALES CANCELADOS	\$	35.000.000,00
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO	\$	5.000.000,00
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL	\$	2.500.000,00
SUMAS IGUALES	\$	42.500.000,00

<b>4.8 BALANCE ACTO CONTRACTUAL POR EL COOPERANTE</b>		
<small>(Si hay más de un cooperante, agregar balances por cada uno de ellos)</small>		
VALOR DEL ACTO CONTRACTUAL	\$	-
ADICIONES O DISMINUCIONES EN VALOR	\$	-
ANTICIPO CANCELADO	\$	-
PAGOS PARCIALES CANCELADOS	\$	-
VALOR PRESENTE PAGO	\$	-
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL	\$	-
SUMAS IGUALES	\$	-

<b>5. INFORMACION CUENTA BANCARIA PARA CONSIGNACION PRESENTE PAGO</b>			(SEGÚN
<small>MINUTA CONTRATO, O SECOP, O CESION PAGO DEBIAMENTE AUTORIZADO POR CONTRATISTA Y ORDENADOR DEL GASTO)</small>			
NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA	TIPO CUENTA BANCARIA	NUMERO CUENTA BANCARIA	
ITAU	CUENTA DE AHORROS	253005467	

**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) FERNANDO DIAZ ESCANDÓN

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"**