
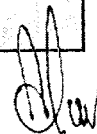


02:30 pm.

See Sealed

50 sealed

	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:	7	FECHA DEL INFORME: (dd/mm/aa)	28/11/2025	
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:	2332	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)	ORFA NANCY CIRO AVILEZ		NIT:	28656896
VALOR INICIAL:	\$	28.000.000,00	PLAZO INICIAL:	210 DIAS CALENDARIO
CDP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)	3272 DEL 06 DE MAYO DE 2025		RP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)	6999 DEL 05 DE JUNIO 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:	Contrato No. 2332 DEL 29 DE MAYO DEL 2025
CORREO ELECTRONICO DEL SUPERVISOR:	direccionsaludpublica@saludtolima.gov.co			
FECHA DE LEGALIZACION DEL ACTO CONTRACTUAL INICIAL: (dd/mm/aa)	5/06/2025		FECHA INICIACION: (dd/mm/aa)	5/06/2025
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 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)				
TIPO DE DOCUMENTO SOPORTES (ACTA O RESOLUCIÓN) NÚMERO:	NÚMERO IDENTIFICADOR 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	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)				



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)
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	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 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:	02/12/2025 AL 31/12/2025		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 - 67030		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:	9494987740	MES DE COTIZACIÓN:	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 SEGUN EL MOTIVO QUE CORRESPONDA, INDICANDO EL RESPECTIVO SOPORTE

ES PENSIONADO:	X	SOPORTE QUE ACREDITA, NÚMERO Y FECHA	RESOLUCION SUB-325602 DEL 28 NOV 2022
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:	N/A	VÍA DE SEGUNDO ORDEN:	N/A
CLASIFICACIÓN DE LA INVERSIÓN Y VALOR:	REHABILITACIÓN Y/O MEJORAMIENTO	VALOR	N/A
	CONSTRUCCIÓN	VALOR	N/A
	MANTENIMIENTO	VALOR	N/A

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)

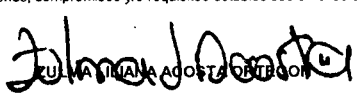
IDENTIFICACIÓN PRESUPUESTAL (CÓDIGO PRESUPUESTAL)	No. RP PARA SIAF	No. RP PARA SPGR	VALOR A AFECTAR PARA EL PRESENTE PAGO
05 - 5.19.03.1905.0300.03 - 2.3.2.02.02.008 - 0633	6999 DEL 05 DE JUNIO DE 2025		\$ 4.000.000,00
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO:			\$ 4.000.000,00

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
(h) VALOR AMORTIZACIÓN ANTICIPO O LEGALIZACIÓN DE PAGO ANTICIPADO	\$ -
SUBTOTAL PRESENTE PAGO EJECUTADO	\$ 4.000.000,00

[Handwritten signature]

(+) 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	\$	28.000.000,00	
ADICIONES O DISMINUCIONES	\$	-	
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO CANCELADO	\$	-	
PAGOS PARCIALES CANCELADOS	\$		24.000.000,00
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO	\$		4.000.000,00
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL	\$		-
SUMAS IGUALES	\$	28.000.000,00	\$ 28.000.000,00
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			
MINUTA CONTRATO, O SECOP, O CESION PAGO DEBIAMENTE AUTORIZADO POR CONTRATISTA Y ORDENADOR DEL GASTO)			(SEGÚN
NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA	TIPO CUENTA BANCARIA	NUMERO CUENTA BANCARIA	
BANCO DE BOGOTA	CUENTA DE AHORROS	837025386	
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)	 ZULMA MARIANA ACOSTA OBERGON		
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"

