

	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:	11	FECHA DEL INFORME: (dd/mm/aa)	01/12/2025
-----------------	----	-------------------------------	------------

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:	0627
		FECHA :	(dd/mm/aa) 14/02/2025
No. DE LA ORDEN DE COMPRA (si aplica)	N/A	FECHA ORDEN DE COMPRA	N/A
		No. PROCESO SECOP II	CD-2025-PS-0667
CONTRATISTA O COOPERANTE: (Adicione filas si es necesario)	GLORIA CRISTINA TORRES OSSA		NIT:
			65632912
VALOR INICIAL:	\$	55,000,000.00	PLAZO INICIAL:
			300
CDP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)	950 DEL 31/01/2025		RP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)
			912 DEL 17/02/2025
NOMBRE DEL SUPERVISOR QUE SUSCRIBE EL PRESENTE INFORME: (Adicione filas si es necesario)	BLADIMIR ACOSTA ACOSTA		ACTO ADMINISTRATIVO O CONTRACTUAL DE DESIGNACIÓN Y FECHA:
			CONTRATO 0627 DE 14/02/2025
CORREO ELECTRONICO DEL SUPERVISOR:	bladimir.acosta@saludtolima.gov.co		
FECHA DE LEGALIZACION DEL ACTO CONTRACTUAL INICIAL: (dd/mm/aa)	17/02/2025		FECHA INICIACION: (dd/mm/aa)
			17/02/2025

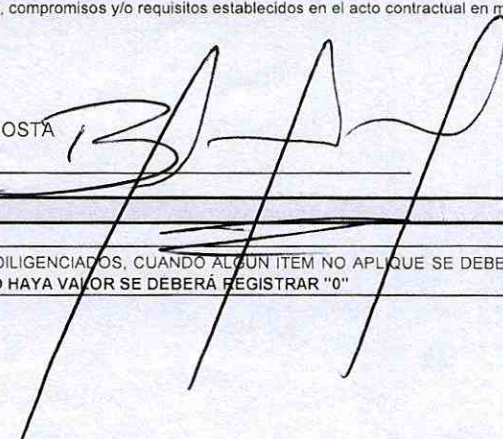
1.1 INFORMACIÓN REQUERIDA EN CASO DE ACTAS DE CESIÓN			
CONTRATISTA CEDENTE	N/A	NIT:	N/A
CONTRATISTA CESIONARIO	N/A	NIT:	N/A

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)		

TIPO DE DOCUMENTO SOPORTES (ACTA O RESOLUCIÓN) NÚMERO:	NÚMERO IDENTIFICADOR SECOP II	FECHA (dd/mm/aaaa)	OBJETO	FECHA DE LEGALIZACIÓN (dd/mm/aaaa)		
Acta de prorrogación y	CO1.CTRM OD.2104657	27/11/2025	SE REQUIERE MODIFICAR LAS CLÁUSULAS 2, 5, 6 Y 8 DEL CONTRATO A SOLICITUD DE LA ORDENADORA DEL GASTO	27/11/2025		
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 IDENTIFICADOR SECOP II	FECHA (dd/mm/aaaa)	VALOR ADICIONADO O DISMINUIDO	PLAZO ADICIONADO O DISMINUIDO	RP y CDP	FECHA DE LEGALIZACIÓN (dd/mm/aaaa)
Acta de prorrogación y adición 001	CO1.CTRM OD.2104657 8	27/11/2025	\$ 3,300,000.00	MÁS 18 DÍAS	CDP 7024 DE 2025-RP 16025 DE 2025	27/11/2025
			\$ -	-		
			\$ -	-		
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 ÁNIMO 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 DESEMBOLO A REALIZAR SEGÚN ACTO CONTRACTUAL:			PAGO POR PERÍODOS	
PERÍODO QUE COMPRENDE EL PRESENTE PAGO:	14 DE DICIEMBRE AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2025			MUNICIPIO DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:	IBAGÜÉ	
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 - 68791			FECHA FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A FACTURAR: (dd/mm/aa)	29/11/2025	
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:	9495387688			MES DE COTIZACIÓN:	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			N/A		
ADQUIRIÓ DERECHO PARA PENSIONARSE:	N/A			SOPORTE QUE ACREDITA, NÚMERO Y FECHA	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:		
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 SIAF	No. RP PARA SPGR	VALOR A AFECTAR PARA EL PRESENTE PAGO
05-2.1.2.02.02.008-7872	16025		\$ 3,300,000.00
			\$ -
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO:			\$ 3,300,000.00
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)			\$ 3,300,000.00
(-) VALOR AMORTIZACIÓN ANTICIPO O LEGALIZACIÓN DE PAGO ANTICIPADO			\$ -
SUBTOTAL PRESENTE PAGO EJECUTADO			\$ 3,300,000.00
(+) VALOR PRESENTE ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO			\$ -
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO			\$ 3,300,000.00
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	\$	55,000,000.00	
ADICIONES O DISMINUCIONES	\$	3,300,000.00	
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO CANCELADO			\$ -
PAGOS PARCIALES CANCELADOS			\$ 55,000,000.00
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO			\$ 3,300,000.00
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL			\$ -
SUMAS IGUALES	\$	58,300,000.00	\$ 58,300,000.00
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	068-523363-56	
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)	BLADIMIR ACOSTA ACOSTA		
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"			

	GOBERNACIÓN DEL TOLIMA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CODIGO: FOR-GB-016
	PROCESO: GESTIÓN CONTRACTUAL	VERSIÓN: 04
	INFORME DETALLADO EJECUCION DE ACTIVIDADES	Vigente desde: 23/08/2023

1. RESUMEN TECNICO EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES CONTRACTUALES				
1.1 RESPONSABILIDADES DEL CONTRATISTA O COOPERANTE				
RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL POR PARTE DEL CONTRATISTA	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	EVIDENCIA	MECANISMO DE VERIFICACION	OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES
1. Apoyar la secretaria de salud departamental en la elaboración, revisión de la formulación y actualización de los proyectos para su viabilización ante el banco de proyectos de la secretaria de planeación.	Se realizó ajustes a las actualización de los siguientes proyectos para su posterior viabilizarían para el año 2026 según secretaria de Planeación • Fortalecimiento de la Gestión para la respuesta en salud a emergencias y cambio climático del departamento del Tolima	Correo electrónico, Formatos de presentación al banco de proyectos.	Verificacion Documental	N/A
2. Apoyar a la secretaria de salud departamental en la elaboración, revisión y verificación de los planes de acción de los proyectos de la secretaria de salud en las diferentes plataformas destinadas por la gobernación del Tolima para tal fin.	Se apoyó en la realización de la actualización de los planes de acción de la plataforma del ejecutor de los proyectos a cargo de la dirección de seguridad social	Plataforma Ejecutor Tolima	Verificacion Documental	N/A
3. Apoyar en la elaboración, revisión y verificación del plan indicativo de las metas a cargo de la secretaria de salud departamental.	Se apoyo en realizar el envío de los cierres de las metas a cargo de la dirección de seguridad social	Plataforma Ejecutor Tolima, plan indicativo	Verificacion Documental	N/A
4. Apoyar en el la elaboración, cargue y revisión de información de los proyectos de la secretaria de salud departamental en las plataformas destinadas por el departamento Nacional de Planeación (DNP)	Se apoya a la secretaria de Salud Departamental para la actualización de la plataforma PIIP de los siguientes proyectos: • Fortalecimiento de la gestión para la respuesta en salud a emergencias y cambio climático del departamento del Tolima • Fortalecimiento de la gestión en el aseguramiento en salud en el marco de la atención primaria del departamento del Tolima • Fortalecimiento de la gestión para el reconocimiento efectivo de la prestación de los servicios de salud en el territorio y de la población declarada jurídicamente como inimputable del departamento del Tolima.	Plataforma PIIP, correos electrónicos	Verificacion Documental	N/A
5. Apoyar a la secretaria de salud en consolidación de informes, reportes, contestación de requerimientos relacionados con la ejecución de los proyectos de inversión y las demás que se requieran para el desarrollo del contrato.	Se apoyó a la secretaria de Salud departamental en la realización de: • Informe de gestión con cierre • Plan de acción institucional con cierre • Inversión por municipio con cierre	Matriz de excel, Correos, Fotos	Verificacion Documental	N/A
6. Hacer entrega mensual de la información de las actividades ejecutadas en el periodo que se genere durante la ejecución contractual, en medio magnética.	Se realizó entrega mensual de Informe de actividades del presente corte	Plataforma Secop	Verificacion Documental	N/A
7. Brindar apoyo y acompañamiento necesario en caso de presentarse una situación de emergencia, urgencia o desastre que requiera respuesta inmediata de la secretaria de salud del Tolima conforme a instrucciones del supervisor	Se realizó en periodos anteriores	N/A	Verificacion Documental	N/A
1.2 RESPONSABILIDADES DEL CONTRATANTE				
RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL POR PARTE DEL CONTRATANTE	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	EVIDENCIA	MECANISMO DE VERIFICACION	OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

1. La vigilancia y control de la ejecución del Contrato.	Se Verificó las labores desarrolladas por el contratista	Infomes Seguimiento realizado	Informe de supervisión	N/A
2. Hacer recomendaciones y sugerencias al CONTRATISTA con respecto a la ejecución del contrato	Se Verificó las labores desarrolladas por el contratista	Infomes Seguimiento realizado	Informe de supervisión	N/A
3. Expedir certificación de cumplimiento a satisfacción de los servicios prestados, si fuere el caso.	Se verificará el mismo cuando se presente la última cuenta del presente contrato	Infomes Seguimiento realizado	Informe de supervisión	N/A
4. Corroborar que el CONTRATISTA se encuentre al día y acredite el cumplimiento de las obligaciones del Sistema de Seguridad Social y parafiscales	Se Verificó el pago de seguridad social correspondiente al mes del pago y del informe	Infomes Seguimiento realizado	Informe de supervisión	N/A
5. Remitir al archivo del Grupo de Contratación toda la documentación en original que se genere en relación con el contrato en todas sus etapas: Precontractual, Contractual y Postcontractual	Se verificó el cargue en la plataforma secop II los documentos contractuales y demás documentación requerida	Infomes Seguimiento realizado	Informe de supervisión	N/A

CONCLUSIONES:

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)	
	BLADIMIR ACOSTA ACOSTA
FIRMA:	