

Copia

	GOBERNACIÓN DEL TOLIMA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		CÓDIGO: FOR-GB-016	
	PROCESO: GESTIÓN CONTRACTUAL		VERSIÓN: 04	
	INFORME DE SUPERVISIÓN		Vigente desde: 23/08/2023	
INFORME NÚMERO:		3	FECHA DEL INFORME: (dd/mm/aa)	
			03/12/2025	
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:	1396	FECHA: (dd/mm/aa)
				28/03/2025
No. DE LA ORDEN DE COMPRA (si aplica)	N/A	FECHA ORDEN DE COMPRA	N/A	No. PROCESO SECOP II
				CD-2025-CONT-1433
CONTRATISTA O COOPERANTE: (Adicione filas si es necesario)	HOSPITAL ESA ROQUE E.S. EL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE ALVARADO TOLIMA			NIT:
				809.003.541-1
VALOR INICIAL:	\$ 216.000.000,00			PLAZO INICIAL:
				270 DIAS CALENDARIO
COP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)	1319 DEL 18 DE FEBRERO DEL 2025			RP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)
				3850 DEL 03 DE ABRIL DEL 2025
NOMBRE DEL SUPERVISOR QUE OUSCRIBE EL PRESENTE INFORME: (Adicione filas si es necesario)	OLGA PIEDAD TORRES SIERRA			ACTO ADMINISTRATIVO O CONTRACTUAL DE DESIGNACIÓN Y FECHA:
				CONTRATO No.1396 DEL 28 DE MARZO DEL 2025
CORREO ELECTRONICO DEL SUPERVISOR:	olga.torres@saludtolima.gov.co			
FECHA DE LEGALIZACION DEL ACTO CONTRACTUAL INICIAL: (dd/mm/aa)	21/04/2025		FECHA INICIACION: (dd/mm/aa)	21/04/2025
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:		PORCENTAJE 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 SOPORTE (ACTA O RESOLUCIÓN) NÚMERO:	NÚMERO IDENTIFICADOR SECOP II	FECHA (dd/mm/aaaa)	OBJETO	FECHA DE LEGALIZACIÓN (dd/mm/aaaa)

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 SOPORTE (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)
			\$			

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)	
ENTIDAD PÚBLICA: (Marque con una X)	NO	TIPO DE DESEMBOLSO A REALIZAR SEGÚN ACTO CONTRACTUAL:	PAGO PARCIAL
PERÍODO QUE COMPRENDE EL PRESENTE PAGO:	Del 1 de octubre al 30 de noviembre del 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/aaaa)	N/A
No. DE FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A FACTURAR (adicione filas si es necesario)	Factura N° 193140	FECHA FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A FACTURAR: (dd/mm/aaaa)	21/11/2025

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:		MES DE COTIZACIÓN:	
FECHA DE LA CERTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O REVISOR FISCAL:	1 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:	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:	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)

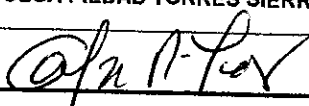
CONCEPTO	VALOR	DOCUMENTO SOPORTE
TERRENO	\$ -	
EDIFICACIÓN	\$ -	
MEJORAS	\$ -	
OTROS	\$ -	

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
05-5-19-03-1905-0300-02-2-3-2-02-009-0633	3850		\$ 64.800.000,00
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO:			\$ 64.800.000,00

4.4 VALOR PRESENTE PAGO

VALOR PRESENTE ACTA (VALOR EJECUTADO)	\$ 64.800.000,00
(-) VALOR AMORTIZACIÓN ANTICIPO O LEGALIZACIÓN DE PAGO ANTICIPADO	\$ -
SUBTOTAL PRESENTE PAGO EJECUTADO	\$ 64.800.000,00

(*) VALOR PRESENTE ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO		\$	-
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO		\$	64.800.000,00
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	\$	216.000.000,00	-
ADICIONES O DISMINUCIONES	\$	-	-
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO CANCELADO			\$
PAGOS PARCIALES CANCELADOS			\$
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO			\$ 129.600.000,00
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL			\$ 64.800.000,00
SUMAS IGUALES	\$	216.000.000,00	\$ 216.000.000,00
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	CUENTA DE AHORROS	N° 86981542314	
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)	OLGA PIEDAD TORRES SIERRA		
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"