

Recibido copia.

019.

	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:		9	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:	1587	FECHA : (dd/mm/aa)	3/04/2025
No. DE LA ORDEN DE COMPRA (si aplica)	N/A	FECHA ORDEN DE COMPRA	N/A	No. PROCESO SECOP II	CD-2025-PS-1660
CONTRATISTA O COOPERANTE: (Adicione filas si es necesario)	JOAQUIN MIGUEL ZULUAGA GONZALEZ			NIT:	93.394.565
VALOR INICIAL:	\$ 52.700.000,00			PLAZO INICIAL:	255 DIAS
CDP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)	2150 del 12/03/2025			RP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)	4014 del 08/04/2025
NOMBRE DEL SUPERVISOR QUE SUSCRIBE EL PRESENTE INFORME: (Adicione filas si es necesario)	YENNY ARACELI ORTEGA SALAMANCA			ACTO ADMINISTRATIVO O CONTRACTUAL DE	Contrato de Prestación de Servicios Profesionales 1587 03/04/2025
CORREO ELECTRONICO DEL SUPERVISOR:	yenni.ortega@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:	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 LEGALIZACION (dd/mm/aaaa)
Resolución N° 003901	N/A	15/10/2025	por medio de la cual se modifica la supervision de unos contratos de la secretaria de salud		15/10/2025
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	\$ 0,00	0	N/A	N/A									
N/A	N/A	N/A	\$ 0,00	0	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	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 DE DICIEMBRE AL 31 DE DICIEMBRE 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/aa)	N/A										
No. DE FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A FACTURAR (adicione filas si es necesario)	DSE - 65432			FECHA FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A FACTURAR: (dd/mm/aa)	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:	91617395			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 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:	NO										
CLASIFICACIÓN DE LA INVERSIÓN Y VALOR:	REHABILITACIÓN Y/O MEJORAMIENTO			VALOR	0										
	CONSTRUCCIÓN			VALOR	0										
	MANTENIMIENTO			VALOR	0										
4.2 INFORMACIÓN CONTABLE PARA ADQUISICIÓN O COMPRA DE INMUEBLES (adicione filas si es necesario)															
CONCEPTO	VALOR			DOCUMENTO SOPORTE											
TERRENO	0			N/A											
EDIFICACIÓN	0			N/A											
MEJORAS	0			N/A											
OTROS _____	0			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												
05-5.19.04.1903.0300.01-2.3.2.02.02.009-0742	4014	N/A	\$ 3.100.000,00												
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO:			\$ 3.100.000,00												
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)				\$	3.100.000,00										
(-) VALOR AMORTIZACIÓN ANTICIPO O LEGALIZACIÓN DE PAGO ANTICIPADO					\$ 0,00										
SUBTOTAL PRESENTE PAGO EJECUTADO				\$	3.100.000,00										
(+) VALOR PRESENTE ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO					\$ 0,00										
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO				\$	3.100.000,00										

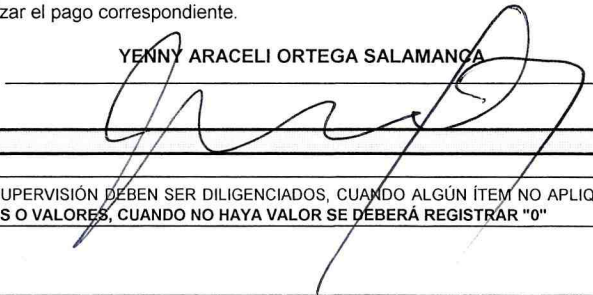
4.5 BALANCE DEL ANTICIPO		
(Adicionar filas, cuando en el pago concurren recursos con situación de fondos y recursos sin situación de fondos)		
VALOR PRESENTE ANTICIPO	0	
VALOR ANTICIPOS ANTERIORES	0	
VALOR AMORTIZADO EN PAGOS ANTERIORES		0
VALOR DE AMORTIZACIÓN EN EL PRESENTE PAGO		0
VALOR PENDIENTE POR AMORTIZAR		0
SUMAS IGUALES	0	0

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	0	
VALOR PAGO ANTICIPADOS ANTERIORES	0	
VALOR LEGALIZADO EN PAGOS ANTERIORES		0
VALOR LEGALIZADO EN EL PRESENTE PAGO		0
VALOR PENDIENTE POR LEGALIZAR		0
SUMAS IGUALES	0	0

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	\$ 52.700.000,00	
ADICIONES O DISMINUCIONES		
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO CANCELADO		\$ -
PAGOS PARCIALES CANCELADOS		\$ 49.600.000,00
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO		\$ 3.100.000,00
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL		\$ -
SUMAS IGUALES	\$ 52.700.000,00	\$ 52.700.000,00

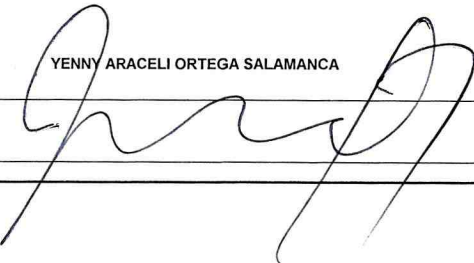
4.8 BALANCE ACTO CONTRACTUAL POR EL COOPERANTE		
(Si hay más de un cooperante, agregar balances por cada uno de ellos)		
VALOR DEL ACTO CONTRACTUAL	0	
ADICIONES O DISMINUCIONES EN VALOR	0	
ANTICIPO CANCELADO		0
PAGOS PARCIALES CANCELADOS		0
VALOR PRESENTE PAGO		0
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL		0
SUMAS IGUALES	0	0

5. INFORMACION CUENTA BANCARIA PARA CONSIGNACION PRESENTE PAGO		
(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	6814516430

6. CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA EN MENCIÓN:		
A la fecha, 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. Se firma acta de compromiso y se procede según lo establecido en la Circular No. 006 del 07 de noviembre de 2025 Por lo anterior, se da el visto bueno para realizar el pago correspondiente. NOMBRE(s) DEL SUPERVISOR(es) YENNY ARACELI ORTEGA SALAMANCA 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"		

	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

6. 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 construcción y/o actualización de instrumentos requeridos para el cumplimiento de acciones de asistencia técnica e inspección, vigilancia y control	Según asignación		Carpeta Magnética Obligación 1	
2. Apoyar las acciones de asistencia técnica a prestadores de servicios de salud en el componente del programa de auditoría para el mejoramiento de la atención en salud - PAMEC, seguridad del paciente; se incluyen las acciones asociadas a eventos de interés en salud pública como: aplicación herramienta ISABEL, mortalidad materna, fiebre amarilla, dengue, comité territorial IAAS, según designación del supervisor.	Según asignación		Carpeta Magnética Obligación 2	
3. Apoyar las acciones de inspección, vigilancia y control establecidas en PAMEC y seguridad del paciente; se incluyen las acciones asociadas a eventos de interés en salud pública como: aplicación herramienta ISABEL, mortalidad materna, fiebre amarilla, dengue, según designación del supervisor.	Visita y aplicación herramienta ISABEL según necesidad Visitas FA según necesidad	Actas de visitas aplicación herramienta ISABEL y pantallazos de cargue según necesidad. ONE DRIVE IVC: Link: https://saludtolima-my.sharepoint.com/:f/g/personal/ivc_quejas_saludtolima_gov_co/EtfuAQx1wvRAmj8Vmp_TDfMBYS5uKPlqRnLkbj6oYB7U6g?e=a2Qb6v	Carpeta Magnética Obligación 3	
4. Apoyar según asignación, el seguimiento permanente y oportuno a Planes de mejora derivados de acciones de inspección, vigilancia y control, garantizando la trazabilidad respectiva que permita el cierre del mismo, incluyendo traslado a a otras áreas o entes de control según necesidad.	Seguimiento Cierre a Planes de Mejora de vistas FA 2025 según necesidad	Evidencias y Base de Datos Oficios Unidad de Análisis Mortalidad por Fiebre Amarilla	Carpeta Magnética. Obligación 4 One Drive IVC.	
5. Apoyar según designación, en la construcción, ejecución y seguimiento a planes de intervención, de acción o de mejoras derivados de mesas, visitas o requerimientos de organismos de Dirección y control	Según necesidad		Carpeta Magnética. Obligación 5	
6. Realizar entrega y cargue oportuno de soporte documental en las plataformas institucionales y de entes de Dirección y Control. La oportunidad debe cumplirse dentro de los tres (3) días siguientes a las acciones de IVC	Según necesidad verificación de cargue total de información a Plataforma del MSPS juntamente con oficina de sistemas de información	* Verificación de impresos de cargue remitidos por la oficina de Sistemas de información de Visitas ISABEL	Carpeta obligación 6 magnético ONE DRIVE IVC	
7. Asistir, participar y presentar informe de unidades de análisis por eventos de interés en salud pública, capacitaciones, talleres y demás eventos programados a nivel nacional o departamental que le sean asignados.	según designación		Carpeta Magnética Obligación 7	
8. Asistir, participar y presentar informe de las capacitaciones, talleres y demás eventos programados a nivel nacional o departamental que le sean asignados	según designación		Carpeta obligación 8 magnético	

9. Disponer información, evidencias y soportes relacionados con la ejecución del contrato en las herramientas tecnológicas definidas por la Secretaría de Salud Departamental.	Ejecución de actividades por cada obligación contractual cargadas en carpeta de ejecución de contrato	Carpeta Contrato 1587 ONE DRIVE: Joaquín Zuluaga	Carpeta Contrato 1587 ONE DRIVE: Joaquín Zuluaga	
10. Mantener actualizado y debidamente organizado el archivo documental generado con ocasión del objeto y obligaciones contractuales de acuerdo a lineamientos establecidos por la entidad para Gestión Documental.	Verificación de documentos del archivo documental año 2025.	Archivo físico Vistas ISABEL 2025 Mortalidad materna 2025	Carpeta obligación 10 magnético	
11. Entregar al supervisor del contrato cronograma de las actividades proyectadas. El cronograma está sujeto a posibles cambios que se presentan durante la marcha y ejecución del contrato.	Actividad cumplida para el periodo		Carpeta obligación 11 magnético	
12. Entregar informe mensual al supervisor del contrato con los respectivos soportes por cada obligación contractual: documentos, actas, listados de asistencia, evidencia fotográfica, soportes de cargue de información y otros que sean requeridos. Los documentos deben estar debidamente foliados y archivados según lo establecido por Gestión Documental.	Entrega de informe a supervisión	Informe técnico de cumplimiento	Carpeta obligación 12 magnético	
RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL POR PARTE DEL CONTRATANTE	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	EVIDENCIA	MECANISMO DE VERIFICACION	OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES
1. Una vez se surta el proceso de contratación estatal, asignar un Supervisor, a través de quien la gobernación mantendrá la interlocución permanente y directa con el CONTRATISTA.	Designado mediante Contrato	Contrato 1587 03-Abril-2025	Plataforma Secoop II	
2. Ejercer el control sobre el cumplimiento del contrato a través del Supervisor designado para el efecto, exigiéndole la ejecución idónea y oportuna del objeto a contratar.	Se realizó verificación de cada uno de las obligaciones y documentos entregados por parte de la contratista.	Informe de ejecución y carpetas soporte por obligación		
3. Adelantar las gestiones necesarias para el reconocimiento y cobro de las sanciones pecuniarias a que hubiere lugar, para lo cual el Supervisor dará aviso oportuno a la gobernación, sobre la ocurrencia de hechos constitutivos de mora o incumplimiento.	NA			
4. Pagar al CONTRATISTA en la forma pactada y con sujeción a las disponibilidades presupuestales y de PAC previstas para el efecto.	Cuenta soportada con la entrega de Informe de actividades mensual	Informe de ejecución de actividades periodo del 17 DE DICIEMBRE AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2025	Plataforma Secoop II	
5. Tramitar diligentemente las apropiaciones presupuestales que requiera para solventar las prestaciones patrimoniales que hayan surgido a su cargo como consecuencia de la suscripción del contrato.	NA			
CONCLUSIONES:				
A la fecha, 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. Se firma acta de compromiso y se procede según lo establecido en la Circular No. 006 del 07 de noviembre de 2025				
NOMBRE(s) DEL SUPERVISOR(es) :		YENNY ARACELI ORTEGA SALAMANCA		
FIRMA:				

GOBIERNO DEPARTAMENTAL DEL

No somos Gran Contribuyente

No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA

No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

Documento soporte en adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar DSE - 65432

Representación Gráfica

Autorización Numeración de Documento Soporte Electrónica

No. 18764091812232 de 10/04/2025 - 10/04/2027 autoriza DSE-50001 a DSE-100000

Tipo de Operación

Fecha de Generación

Forma de Pago

Moneda

Estandar

25/11/2025 10:51

Contado

COP



DATOS DEL EMISOR

Razón Social GOBIERNO DEPARTAMENTAL DEL TOLIMA
Nombre Comercial
NIT 800113672
Obligación IVA
Email tramitevirtual.contabilidad@tolima.gov.
Teléfono 2616345
Dirección Fiscal CR 3 CL 11 ED GOBERNACION DEL TOLIMA, IBAGUE, (TOLIMA, CO)

DATOS DEL PROVEEDOR

Razón Social JOAQUIN MIGUEL ZULUAGA
Nombre Comercial GONZALEZ
NIT JOAQUIN ZULUAGA
Obligación 93394565
Email NO APLICA
Teléfono jomizugo@gmail.com
Dirección 3164043258
Ciudad, Depart.

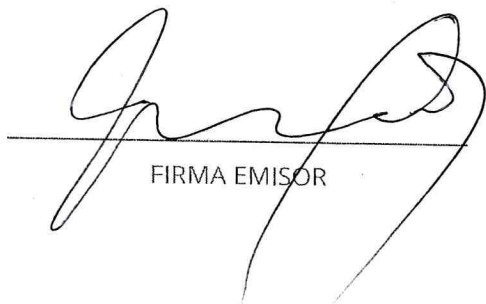
No	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	U/M	PRECIO	IMP	SUBTOTAL	TOTAL ITEM
1	000010	SERVICIOS PROFESIONALES	1	EA	\$3,100,000.00		\$3,100,000.00	\$3,100,000.00

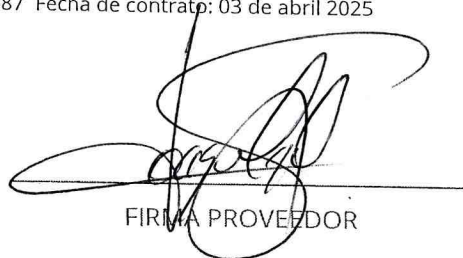
Subtotal \$3,100,000.00

TOTAL \$3,100,000.00

Numero de pago: 9/9 Número de contrato: 1587 Fecha de contrato: 03 de abril 2025

Unidades de medida: EA = cada


FIRMA EMISOR


FIRMA PROVEEDOR



GOBERNACION DEL TOLIMA

Nit: 800113672-7

PAZ Y SALVO DE
ELEMENTOS
DEVOLUTIVOS

Certificamos que el (la) señor(a) ZULUAGA GONZALEZ JOAQUIN MIGUEL, identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía No. 93394565, no tiene a su cargo ningun elemento devolutivo.

La presente se expide el 24/11/2025 8:50:54 a. m..

BRYAN ROJAS PYS 2025-11-26

BRYAN ERNESTO ROJAS LOZANO
Almacenista General

IMOLANO

[PCTG] Fecha de Impresion 24/11/2025 8:51 a. m. Pág.

Audit trail

Details

FILE NAME 1587 - ZULUAGA GONZALEZ JOAQUIN MIGUEL - 26/11/25, 12:28p.m.

STATUS  Signed

STATUS TIMESTAMP 2025/11/26
17:28:35 UTC

Activity

 SENT **almacen@tolima.gov.co sent a signature request to:** 2025/11/26
• BRYAN ROJAS PYS (almacen@tolima.gov.co) 17:28:12 UTC

 SIGNED **Signed by BRYAN ROJAS PYS (almacen@tolima.gov.co)** 2025/11/26
17:28:35 UTC

 COMPLETED **This document has been signed by all signers and is complete** 2025/11/26
17:28:35 UTC

The email address indicated above for each signer may be associated with a Google account, and may either be the primary email address or secondary email address associated with that account.

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	93394565	JOAQUIN MIGUEL ZULUAGA GONZALEZ	Blq 31 apt 201 multifamiliar jordan	3133481902	jomizugo@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSA	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	Ciudad / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			BOLIMA	IBAGUE	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-12	2025-12	I	21/11/2025	91617395	\$767.300

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	310.000	0		0		0	0	0	0	310.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Protección)	800229739-0	396.800	0	0	0	0	0	0		396.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES													
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Ratificado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad
				No. Autorización	Valor								
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	60.500				60.500	0		60.500			605

TOTALES CAJAS											
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administración	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	310.000	310.000
Pensión	1	396.800	396.800
Riesgos Laborales	1	60.500	60.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	767.300	767.300

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	93394565	JOAQUIN MIGUEL ZULUAGA GONZALEZ	Blq 51 apt 201 multifamiliar Jordan	3133481902	jomizugo@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSA	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			TOLIMA	IBAGÜE	NO

DATOS DE LA PLANILLA					CANTIDAD	
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	EN PLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	21/11/2025	91617395	\$767.300	

DETALLE POR COTIZANTE																																										
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF		PARAFISCALES								
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud	Exonerado	Forma de Pago	Forma de Pago	Forma de Pago	Forma de Pago	Forma de Pago	Forma de Pago	Forma de Pago	Forma de Pago	Forma de Pago	Forma de Pago	Forma de Pago	Forma de Pago	Forma de Pago	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	93394565	ZULUAGA GONZAL Z JOAQUIN MIGUEL	69	0		N													230201	2.480.000	96.800	0	0	0	0	EPS005	2.480.000	310.000	14-23	2.480.000	3	60.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

9. INFORME TECNICO DEL CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES
CONTRATO No. 1587 DEL 03 DE ABRIL DEL 2025 PERIODO: 17 DE DICIEMBRE AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2025

OBJETO: PRESTAR POR SUS PROPIOS MEDIOS Y CON PLENA AUTONOMÍA SUS SERVICIOS COMO PROFESIONALES MÉDICO PARA APOYAR LAS ACCIONES DE ASISTENCIA TÉCNICA, INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL EN CUMPLIMIENTO DEL PROYECTO "DESARROLLO DE CAPACIDADES, INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL PARA LA GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA".

CONTRATISTA
JOAQUIN MIGUEL ZULUAGA GONZALEZ

RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	EVIDENCIA	MECANISMO DE VERIFICACION	OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES
1. Apoyar la construcción y/o actualización de instrumentos requeridos para el cumplimiento de acciones de asistencia técnica e inspección, vigilancia y control	Según asignación		Carpeta Magnética. Obligación 1	
2. Apoyar las acciones de asistencia técnica a prestadores de servicios de salud en el componente del programa de auditoría para el mejoramiento de la atención en salud - PAMEC, seguridad del paciente; se incluyen las acciones asociadas a eventos de interés en salud pública como: aplicación herramienta ISABEL, mortalidad materna, fiebre amarilla, dengue, comité territorial IAAS, según designación del supervisor.	Según necesidad		Carpeta Magnética. Obligación 2	
3. Apoyar las acciones de inspección, vigilancia y control establecidas en PAMEC y seguridad del paciente; se incluyen las acciones asociadas a eventos de interés en salud pública como: aplicación herramienta ISABEL, mortalidad materna, fiebre amarilla, dengue, según designación del supervisor.	Visita y aplicación herramienta ISABEL según necesidad Visitas FA según necesidad	Actas de visitas aplicación herramienta ISABEL y pantallazos de cargue según necesidad. ONE DRIVE IVC: Link: https://saludtolima-my.sharepoint.com/:f/g/personal/ivc_quejas_saludtolima_gov_co/EtfuAQx1wvRAmj8Vmp_TDfMBYS5uKPlqRnLkbj6oYB7U6g?e=a2Qb6v	Carpeta Magnética. Obligación 3 One Drive IVC.	
4. Apoyar según asignación, el seguimiento permanente y oportuno a Planes de mejora derivados de acciones de inspección, vigilancia y control, garantizando la trazabilidad respectiva que permita el cierre	Seguimiento Cierre a Planes de Mejora de vistas FA 2025 según necesidad	Evidencias y Base de Datos Oficinas Unidad de Análisis Mortalidad por Fiebre Amarilla	Carpeta Magnética. Obligación 4 One Drive IVC.	

del mismo, incluyendo traslado a otras áreas o entes de control según necesidad.				
5. Apoyar según designación, en la construcción, ejecución y seguimiento a planes de intervención, de acción o de mejoras derivados de mesas, visitas o requerimientos de organismos de Dirección y control	Según necesidad		Carpeta Magnética. Obligación 5	
6. Realizar entrega y cargue oportuno de soporte documental en las plataformas institucionales y de entes de Dirección y Control. La oportunidad debe cumplirse dentro de los tres (3) días siguientes a las acciones de IVC.	Según necesidad verificación de cargue total de información a Plataforma del MSPS juntamente con oficina de sistemas de información	* Verificación de impresos de cargue remitidos por la oficina de Sistemas de información de Visitas ISABEL	Carpeta Magnética. Obligación 6 One Drive IVC.	
7. Asistir, participar y presentar informe de unidades de análisis por eventos de interés en salud pública, capacitaciones, talleres y demás eventos programados a nivel nacional o departamental que le sean asignados.	según designación		Carpeta Magnética. Obligación 7	
8. Asistir, participar y presentar informe de las capacitaciones, talleres y demás eventos programados a nivel nacional o departamental que le sean asignados	Según designación		Carpeta Magnética. Obligación 8	
9. Disponer información, evidencias y soportes relacionados con la ejecución del contrato en las herramientas tecnológicas definidas por la Secretaria de Salud Departamental.	Ejecución de actividades por cada obligación contractual cargadas en carpeta de ejecución de contrato.	Carpeta Contrato 1587 ONE DRIVE: <u>Joaquin Zuluaga</u>	Carpeta Contrato 1587 ONE DRIVE: <u>Joaquin Zuluaga</u>	
10. Mantener actualizado y debidamente organizado el archivo documental generado con ocasión del objeto y obligaciones contractuales de acuerdo a lineamientos establecidos por la entidad para Gestión Documental.	Verificación de documentos del archivo documental año 2025.	Archivo físico Visitas ISABEL 2025 Mortalidad materna 2025	Carpeta obligación 10 magnético	

11. Entregar al supervisor del contrato cronograma de las actividades proyectadas. El cronograma está sujeto a posibles cambios que se presentan durante la marcha y ejecución del contrato.	Actividad cumplida para el periodo		Carpeta Magnética. Obligación 11	
12. Entregar informe mensual al supervisor del contrato con los respectivos soportes por cada obligación contractual: documentos, actas, listados de asistencia, evidencia fotográfica, soportes de cargue de información y otros que sean requeridos. Los documentos deben estar debidamente foliados y archivados según lo establecido por Gestión Documental.	Entrega de informe a supervisión	Informe técnico de cumplimiento	Carpeta Magnética. Obligación 12	
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JOAQUIN MIGUEL ZUUAGA GONZALEZ CC 93.394.565 de Ibagué 