	GOBERNACIÓN DEL TOLIMA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		CODIGO: FOR-GB-016
	PROCESO: GESTIÓN CONTRACTUAL		VERSIÓN: 04
	INFORME DE SUPERVISIÓN		Vigente desde: 23/08/2023
INFORME NÚMERO:	4	FECHA DEL INFORME: (dd/mm/aa)	03/06/2026
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:	2605
No. DE LA ORDEN DE COMPRA (si aplica)	N/A	FECHA ORDEN DE COMPRA	N/A
CONTRATISTA O COOPERANTE: (Adicione filas si es necesario)	DIANA CAROLINA GARRIDO BARRERA		NIT: 38361393
VALOR INICIAL:	\$ 55.000.000,00	PLAZO INICIAL:	TRESCIENTOS TREINTA (330) DIAS CALENDARIO
CDP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)	1512 DEL 06 DE ENERO DE 2026	RP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)	2795 DEL 30 DE ENERO DE 2026
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 2605 DEL 25 DE ENERO DE 2026
CORREO ELECTRONICO DEL SUPERVISOR:	fernando.diaz@saludtolima.gov.co		
FECHA DE LEGALIZACIÓN DEL ACTO CONTRACTUAL INICIAL: (dd/mm/aa)	2/02/2026	FECHA INICIACION: (dd/mm/aa)	2/02/2026
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
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)

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 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 BASICA 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:	03/05/2026 AL 01/06/2026		MUNICIPIO DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO: IBAGUÉ-RONCESVALLES
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-81948		FECHA FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A FACTURAR: (dd/mm/aa) 2/06/2026

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:	9505688586	MES DE COTIZACIÓN:	MAYO
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

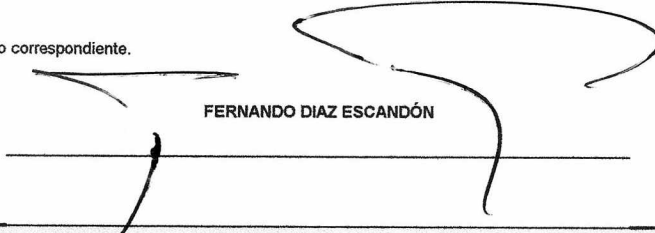
4. INFORMACIÓN CONTABLE

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
05-5.19.04.1903.0300.01-2.3.2.02.02.009-7863	2795	N/A	\$ 5.000.000,00
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO:			\$ 5.000.000,00
4.4 VALOR PRESENTE PAGO <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
4.5 BALANCE DEL ANTICIPO <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	\$ -	\$ -	\$ -
4.6 BALANCE DEL PAGO ANTICIPADO <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	\$ -	\$ -	\$ -
4.7 BALANCE DEL ACTO CONTRACTUAL POR EL DEPARTAMENTO <small>(Adicionar filas, cuando en el pago concurren recursos con situación de fondos y recursos sin situación de fondos)</small>			
VALOR DEL ACTO CONTRACTUAL	\$ 55.000.000,00		
ADICIONES O DISMINUCIONES	\$ -		
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO CANCELADO		\$ -	
PAGOS PARCIALES CANCELADOS		\$ 15.000.000,00	
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO		\$ 5.000.000,00	
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL		\$ 35.000.000,00	
SUMAS IGUALES	\$ 55.000.000,00	\$ -	\$ 55.000.000,00
4.8 BALANCE ACTO CONTRACTUAL POR EL COOPERANTE <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	\$ -	\$ -	\$ -
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	
ITAU	CUENTA DE AHORROS	253005467	
6. CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA EN MENCIÓN:			
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)	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"



GOBERNACIÓN DEL TOLIMA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO: GESTIÓN CONTRACTUAL

CODIGO:
FOR-GB-016

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. Brindar apoyo a la Secretaria de Salud el Tolima – Dirección de desarrollo de servicios y calidad de la Prestación, en la realización de visitas verificación de condiciones de habilitación a prestadores de servicios de salud que le sean asignadas de acuerdo con la programación definida y certificar el cumplimiento o incumplimiento de las condiciones de habilitación a los prestadores de servicios de salud del departamento.	•Visita de certificación prestador profesional independiente: Oscar Chamat García, 8 de mayo :Cumple	Informe de Actividades	Carpeta del contrato No.2605 de 25 de Enero de 2026	EN EJECUCIÓN
2. Presentar dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al cierre de las visitas los informes correspondientes en medio físico y magnético para el cargue en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS).	•Informe de visita de certificación prestador profesional independiente: Oscar Chamat García, 8 de mayo :Cumple •Informe de IVC urgencias HOSPITAL SANTA LUCIA E.S.E. RONCESVALLES	Informe de Actividades	Carpeta del contrato No.2605 de 25 de Enero de 2026	EN EJECUCIÓN
3. Brindar apoyo a la secretaria de salud del Tolima prestando asistencia técnica profesional a los prestadores de Servicios de salud que lo soliciten relacionados con el proceso de habilitación.	•No se realizaron en el periodo de ejecución	NA	NA	NA
4. Entregar los soportes documentales de las visitas en las que participe para el inicio de investigaciones administrativas por fallas en la calidad o por incumplimiento de la normativa vigente, que deben ser adelantadas en la oficina jurídica de la Secretaria de Salud del Tolima.	•Se entrega informe de las visitas no certificadas en las que se participó que requieren investigación administrativa : o Profesional independiente Oscar Chamat García, 8 de mayo :Cumple o Informe de IVC urgencias HOSPITAL SANTA LUCIA E.S.E. RONCESVALLES	Informe de Actividades	Carpeta del contrato No.2605 de 25 de Enero de 2026	EN EJECUCIÓN

<p>5. Apoyar a la proyección de respuesta a los derechos de petición de manera oportuna, solicitudes e informes relacionadas con el proceso de habilitación que le sean asignados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se recibió oficio de la Superintendencia, a partir del cual se programó visita de Inspección, Vigilancia y Control (IVC). Se elaboró la respuesta para ser enviada a la superintendencia nacional de salud conforme a la solicitud. • Se proyectó oficio de respuesta a la Superintendencia, de Orthoplan acorde a los requerimientos. • En el marco del Plan Anual de Auditoría, se realizó apoyo para la programación y distribución del equipo verificador para la semana del 11 al 15 de mayo y 18 al 22 de mayo. Se efectuó la notificación a los prestadores de servicios de salud mediante correos electrónicos y se emitieron los oficios de reprogramación según las solicitudes recibidas. Adicionalmente, se coordinó el transporte semanal con el conductor asignado y se realizaron ajustes a la programación en función de novedades, solicitudes especiales y disponibilidad del equipo. • Se gestionaron solicitudes de reprogramación presentadas por prestadores, que fueron notificados y solicitaron aplazamientos. • Se realizó informe consolidado de visitas 2025 y presentación. • Se proyectó respuesta al prestador Clinatéc solicitud de orientación técnico-normativa sobre los trámites requeridos para la habilitación del servicio de Trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas (Médula Ósea) Pediátrico, exigencia de visita previa, e inscripción ante la Red de Donación y Trasplantes; y sobre la novedad del servicio de Reumatología. 	<p>Informe de Actividades</p>	<p>Carpeta del contrato No.2605 de 25 de Enero de 2026</p>	<p>EN EJECUCIÓN</p>
<p>6. Apoyar la realización de visitas, operativos y contingencias diferentes a las visitas de verificación de condiciones de habilitación que programen o se presenten de acuerdo a los procedimientos establecidos, la normatividad vigente y los lineamientos de calidad establecidos.</p>	<p>IVC urgencias HOSPITAL SANTA LUCIA E.S.E. RONCESVALLES 11 de Mayo</p>	<p>Informe de Actividades</p>	<p>Carpeta del contrato No.2605 de 25 de Enero de 2026</p>	<p>EN EJECUCIÓN</p>
<p>7. Apoyar la actualización y organización del archivo de los procesos de acuerdo a los lineamientos establecidos por la entidad para la Gestión Documental. Deberá realizar entrega oficial del mismo con los formatos de inventario documental una vez finalice la ejecución del contrato.</p>	<p>• Apoyo a la organización de los soportes generados de las visitas realizadas por el equipo de habilitación en medio físico y magnético, para la gestión de la información.</p>	<p>Informe de Actividades</p>	<p>Carpeta del contrato No.2605 de 25 de Enero de 2026</p>	<p>EN EJECUCIÓN</p>
<p>8. Asistir a las reuniones de trabajo, y las actividades de capacitación que programe la Dirección de Desarrollo de Servicios y Calidad de la Prestación, y diferentes entidades relacionadas con el sistema Obligatorio de la calidad.</p>	<p>• Asistencia Reunión sinergia, modulo habilitación</p>	<p>Informe de Actividades</p>	<p>Carpeta del contrato No.2605 de 25 de Enero de 2026</p>	<p>EN EJECUCIÓN</p>

1.2 RESPONSABILIDADES DEL CONTRATANTE

RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL POR PARTE DEL CONTRATANTE	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	EVIDENCIA	MECANISMO DE VERIFICACION	OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES
---	---------------------------	-----------	---------------------------	---------------------------------

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) :

FERNANDO DIAZ ESCANDON

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 - 81948

Representación Gráfica
Autorización Numeración de Documento Soporte Electrónica
No. 18764091812232 de 10/04/2025 - 10/04/2027 autoriza DSE - 50,001 a DSE - 100,000

Tipo de Operación
Fecha de Generación
Forma de Pago
Moneda

Estandar
02/06/2026 16:20
Contado
COP



DATOS DEL EMISOR

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

DATOS DEL PROVEEDOR

Razón Social DIANA CAROLINA GARRIDO BARRERA
Nombre Comercial CAROLINA
NIT 38361393
Obligación NO APLICA
Email caritogarrido@hotmail.com
Teléfono
Dirección Cra 5 SUR 88-30 IWOKA TORRE 2 APTO 107
Ciudad, Depart. IBAGUE, TOLIMA (CO)

No	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	U/M	PRECIO	IMP	SUBTOTAL	TOTAL ITEM
1	000010	SERVICIOS PROFESIONALES	1	EA	\$5,000,000.00		\$5,000,000.00	\$5,000,000.00

Subtotal \$5,000,000.00

TOTAL \$5,000,000.00

No: 2605 DEL 25 DE ENERO DE 2026 NUMERO DE PAGO: 4 DE 11 PERIODO COBRADO: 03/05/2026 AL 01/06/2026

Unidades de medida: EA = cada

FIRMA EMISOR

FIRMA PROVEEDOR