

	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:	5	FECHA DEL INFORME: (dd/mm/aa)	22/06/2026
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:	1156
No. DE LA ORDEN DE COMPRA (si aplica)	NA	FECHA ORDEN DE COMPRA:	NA
CONTRATISTA O COOPERANTE: (Adicione filas si es necesario)	OLGA LILIANA MARTINEZ CASALLAS		NIT:
VALOR INICIAL:	\$	50.600.000	PLAZO INICIAL:
CDP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)	1639 de 6/1/26		RP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)
NOMBRE DEL SUPERVISOR QUE SUSCRIBE EL PRESENTE INFORME: (Adicione filas si es necesario)	JOSE FAIR ALARCON ROBAYO		ACTO ADMINISTRATIVO O CONTRACTUAL DE DESIGNACIÓN Y FECHA:
CORREO ELECTRONICO DEL SUPERVISOR:	fair.alarcon@saludtolima.gov.co		
FECHA DE LEGALIZACION DEL ACTO CONTRACTUAL INICIAL: (dd/mm/aa)	23/01/2026		FECHA INICIACION:
1.1 INFORMACIÓN REQUERIDA EN CASO DE ACTAS DE CESIÓN			
CONTRATISTA CEDENTE	NA		NIT:
CONTRATISTA CESIONARIO	NA		NIT:
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	NA		NA
PAGO REGISTRO EN BOLSA Y SISTEMA DE COMPENSACIÓN Y	NA		NA
PAGO DE LA OPERACIÓN NEGOCIO:	NA		NA
OTROS:	NA		NA
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
NA		NA	NA
NA		NA	NA
NA		NA	NA
NA		NA	NA
2. INFORMACIÓN SOBRE ACTAS ADICIONALES, MODIFICATORIAS, RESOLUCIONES, ACTA DE LIQUIDACIÓN (SI APLICA)			
2.1 INFORMACIÓN SOBRE ADICIONALES, MODIFICATORIAS, ACLARATORIAS OTROS, RESOLUCIONES, (CAMBIO DE SUPERVISOR, IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL, ETC) Y ACTA DE LIQUIDACIÓN (SI APLICA) (Adicione filas si es necesario)			
TIPO DE DOCUMENTO (ACTA O RESOLUCIÓN) NÚMERO:	NÚMERO IDENTIFICADOR SECOP II	FECHA (dd/mm/aaaa)	OBJETO
ACTA ACLARATORIA N. 001	CO1.CTRMOD.2 2229849	12/03/2026	Acérrase para todos los efectos contractuales la cláusula 11 del contrato N°1156 del 15 de Enero de 2026, toda vez que, por un error de digitación, se estableció de manera incorrecta el nombre de supervisor del contrato.
NA	NA	NA	NA
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)
NA	NA	NA	\$ -	-	NA	NA
NA	NA	NA	\$ -	-	NA	NA
NA	NA	NA	\$ -	-	NA	NA

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)
NA	NA	NA	NA	NA	NA
NA	NA	NA	NA	NA	NA
NA	NA	NA	NA	NA	NA

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)	NA
ENTIDAD PÚBLICA: (Marque con una X)	NO	TIPO DE DESEMBOLO A REALIZAR SEGÚN ACTO CONTRACTUAL:	PAGO POR PERÍODOS
PERÍODO QUE COMPRENDE EL PRESENTE PAGO:	23/5/26 al 21/6/26		MUNICIPIO DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO: IBAGUE
COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN O CERTIFICACIÓN DEL ALMACENISTA (adicione filas si es necesario)	NA		FECHA COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN O CERTIFICACIÓN DEL ALMACENISTA: (dd/mm/aa) NA
No. DE FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A FACTURAR (adicione filas si es necesario)	DSE-		FECHA FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A FACTURAR: (dd/mm/aa) 22/06/2026
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 periodo que comprende el presente pago) (adicione filas si es necesario)			

PLANILLA DE LIQUIDACIÓN No:	9506107562	MES DE COTIZACIÓN:	JUNIO
FECHA DE LA CERTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O REVISOR FISCAL:	NA	MES DE COTIZACIÓN:	NA

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:	NA	SOPORTE QUE ACREDITA, NÚMERO Y FECHA	NA
ADQUIRIÓ DERECHO PARA PENSIONARSE:	NA		NA
NO ALCANZA A PENSIONARSE SEGÚN EDAD Y TIEMPO COTIZADO:	NA		NA

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	\$ -	NA
EDIFICACIÓN	\$ -	NA
MEJORAS	\$ -	NA
OTROS	\$ -	NA

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
05-5.19.03.1905.0300.03-2.3.2.02.02.009-0633	1349	NA	\$ 4.600.000,00
NA	NA	NA	\$ -
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO:			\$ 4.600.000,00

4.4 VALOR PRESENTE PAGO

(Adicione filas cuando en el pago concurren recursos con situación de fondos y recursos sin situación de fondos)

VALOR PRESENTE ACTA (VALOR EJECUTADO)	\$ 4.600.000,00
(-) VALOR AMORTIZACIÓN ANTICIPO O LEGALIZACIÓN DE PAGO ANTICIPADO	\$ -
SUBTOTAL PRESENTE PAGO EJECUTADO	\$ 4.600.000,00
(+) VALOR PRESENTE ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO	\$ -

VALOR TOTAL PRESENTE PAGO	\$	4.600.000,00
---------------------------	----	--------------

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	\$	50.600.000,00	
ADICIONES O DISMINUCIONES	\$	-	
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO CANCELADO			\$ -
PAGOS PARCIALES CANCELADOS			\$ 18.400.000,00
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO			\$ 4.600.000,00
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL			\$ 27.600.000,00
SUMAS IGUALES	\$	50.600.000,00	\$ 50.600.000,00

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	07925060440

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)

JOSE FAIR ALARCON ROBAYO

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"