


Ce 904

	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 NUMERO:	5	FECHA DEL INFORME: (dd/mm/aa)	1/07/2026
------------------------	---	--------------------------------------	-----------

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:	1882	FECHA: (dd/mm/aa)	19/01/2026
No. DE LA ORDEN DE COMPRA (si aplica)	N/A	FECHA ORDEN DE COMPRA	N/A	No. PROCESO SECOP II	CD-2026-PS-1876
CONTRATISTA O COOPERANTE: (Adicione filas si es necesario)	LEIDY VIVIANA ROJAS PAEZ			NIT:	1110472380
VALOR INICIAL:	S	48.400.000		PLAZO INICIAL:	330 DIAS
CDP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)	1209(05/01/2026)			RP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)	2014(26/01/2026)
NOMBRE DEL SUPERVISOR QUE SUSCRIBE EL PRESENTE INFORME: (Adicione filas si es necesario)	ALDO EUGENIO BELTRÁN RIVERA			ACTO ADMINISTRATIVO O CONTRACTUAL DE DESIGNACIÓN Y FECHA:	CONTRATO 1882 DEL 19 DE ENERO DE 2026
CORREO ELECTRONICO DEL SUPERVISOR:	aldoe.beltran@saludtolima.gov.co				
FECHA DE LEGALIZACIÓN DEL ACTO CONTRACTUAL INICIAL: (dd/mm/aa)	27/01/2026			FECHA INICIACION: (dd/mm/aa)	27/01/2026

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)

Handwritten mark

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)
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	SEGUN 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 SEGUN ACTO CONTRACTUAL:	PAGO POR PERÍODOS
PERÍODO QUE COMPRENDE EL PRESENTE PAGO:	27 DE MAYO DE 2026 AL 25 DE JUNIO DE 2026		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 - 84017		FECHA FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A 25/06/2026
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:	9505541765		MES DE COTIZACIÓN: MAYO
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 PENSION MARQUE CON UNA X SEGUN 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 SEGUN 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: N/A
CLASIFICACIÓN DE LA INVERSIÓN Y VALOR:	REHABILITACIÓN Y/O MEJORAMIENTO		VALOR \$ -
	CONSTRUCCIÓN		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
05-5 19 04 1905 0300 01-2 3 2 02 02 009-0735	2014(26/01/2026)		\$ 4.400.000,00
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO:			\$ 4.400.000,00
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)		\$	4.400.000,00
(-) VALOR AMORTIZACIÓN ANTICIPO O LEGALIZACIÓN DE PAGO ANTICIPADO		\$	-
SUBTOTAL PRESENTE PAGO EJECUTADO		\$	4.400.000,00
(+) VALOR PRESENTE ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO		\$	-
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO		\$	4.400.000,00
4.5 BALANCE DEL ANTICIPO			
(Adicionar filas, cuando en el pago concurren recursos con situación de fondos y recursos sin situación de fondos)			

9

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	\$	48.400.000,00	
ADICIONES O DISMINUCIONES	\$	-	
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO CANCELADO			\$ -
PAGOS PARCIALES CANCELADOS			\$ 17.600.000,00
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO			\$ 4.400.000,00
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL			\$ 26.400.000,00
SUMAS IGUALES	\$	48.400.000,00	\$ 48.400.000,00

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	86993253997

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)

ALDO EUGENIO BELTRÁN RIVERA

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	CODIGO:
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	FOR-CB-013
	MACROPROCESO: CONTRATACION DE BIENES Y SERVICIOS	VERSIÓN: 03
	INFORME DE SUPERVISION	Vigente desde:
	INFORME DETALLADO DE EJECUCION DE ACTIVIDADES	20/08/2015

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. Fortalecer a la Secretaria de Salud del Tolima- Centro regulador de urgencias y emergencias del Tolima, para atender las llamadas que ingresen a la línea del CRUET, en las cuales se requiera apoyo para realizar acciones de orientación psicosocial, atención en crisis y primeros auxilios psicológicos, identificación del riesgo, canalización de casos y seguimiento a los mismos, en los diferentes eventos que se pueden presentar como las violencias en todas sus formas, la ideación e intento de suicidio, consumo de sustancias psicoactivas y los casos generalizados de necesidades psicosociales que desarrollen las personas con trastornos mentales, epilepsia, etc. De la misma manera la referencia de estos pacientes.	Durante el periodo correspondiente al presente informe no se recibieron llamadas telefónicas relacionadas con el reporte de casos que requirieran orientación psicológica. No obstante, se mantiene activa y en funcionamiento la matriz de reporte de casos, la cual continúa disponible como mecanismo oficial para el registro, seguimiento y eventual canalización de situaciones que demanden acompañamiento psicosocial.	Matriz de casos	Matriz de casos	Actividad ejecutada para el presente informe
2. Acompañar a la Secretaria de Salud del Tolima- Centro regulador de urgencias y emergencias del Tolima en el cumplimiento de la resolución 1220 de 2010 y Resolución 926 de 2017.	En cumplimiento de las Resoluciones 1220 de 2010 y 926 de 2017, se realizaron capacitaciones en Misión Médica dirigidas al personal sanitario de las diferentes IPS del departamento del Tolima, a los equipos de Atención Primaria en Salud (APS), funcionarios de la Secretaria de Salud del Tolima y estudiantes de la Universidad del Tolima. Estas jornadas se llevaron a cabo los días 13 y 15 de mayo de 2026, fortaleciendo las competencias del talento humano en salud y garantizando la apropiación de los lineamientos normativos vigentes	Actas y registro fotografico	Actas y registro fotografico	Actividad ejecutada para el presente informe
3. Brindar apoyo a la Secretaria de Salud del Tolima- Centro regulador de urgencias y emergencias del Tolima, guardando total confidencialidad y reserva en el manejo de la información que le sea suministrada por el Municipio o conocida por cualquier medio, (Ley estatutaria 1581 del 2012, "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales").	Teniendo en cuenta la emergencia sanitaria por fiebre amarilla y dengue, para el corte del presente informe se realiza seguimiento a los casos reportados como positivos, respecto de los cuales la información suministrada por la Secretaria de Salud del Tolima, el Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres del Tolima y demás instituciones de salud se maneja bajo estricta confidencialidad y reserva, garantizando el cumplimiento de la ética profesional en el tratamiento de los datos.	Matriz de seguimiento, presentación de indicadores, informe diario	Ley estatutaria 1581 del 2012 y matriz de seguimiento	Actividad ejecutada para el presente informe

<p>4. Apoyar a la Secretaría de Salud del Tolima- Centro regulador de urgencias y emergencias del Tolima, en la participación activa en cuanto al proceso de diligenciamiento y verificación de información de acuerdo a lo requerido por herramienta GAUDI, en cuanto a ejercer inspección y vigilancia sobre las EPS, en el Departamento del Tolima y en las demás acciones solicitadas en este tema.</p>	<p>Para el corte del presente informe, se realiza verificación de los soportes del sistema GAUDI con los diferentes municipios del departamento del Tolima. Este proceso permitirá consolidar la información reportada, garantizar la validez de los registros y asegurar la trazabilidad de los datos en el marco de la gestión departamental.</p>	<p>Matriz de verificación</p>	<p>Matriz de verificación</p>	<p>Actividad ejecutada para el presente informe</p>
<p>5. Acompañar a la Secretaría de Salud del Tolima para realizar entrega de información al Supervisor y/o coordinador del Centro regulador de urgencias y emergencias del Tolima, las novedades correspondientes y pendientes de solución, previo registro en la plataforma de la Secretaría de Salud - Referencia y Contrareferencia - Sintonia- registrar minuta diaria.</p>	<p>A la fecha del presente informe se realiza seguimiento diario a los casos de pacientes con diagnóstico de fiebre amarilla, reportándolos mediante un informe al supervisor del contrato y directora de seguridad social; las observaciones y evidencias correspondientes son remitidas a la profesional de epidemiología del despacho de la Secretaría de Salud, garantizando el adecuado flujo de información y la trazabilidad institucional.</p>	<p>Informe diario</p>	<p>Matriz de seguimiento y diapositivas con los indicadores</p>	<p>Actividad ejecutada para el presente informe</p>
<p>6. Brindar apoyo a la Secretaría de Salud del Tolima- Centro regulador de urgencias y emergencias del Tolima, llevando un archivo ordenado de los documentos que genere su actividad profesional, con sus correspondientes soportes, debidamente foliados y organizados de acuerdo con la ley de archivo gestión documental.</p>	<p>Se mantiene actualizado y debidamente organizado el archivo que contiene los informes relacionados con la ejecución del contrato. Cada documento ha sido clasificado de manera cronológica y temática, lo que permite un acceso ágil y eficiente a la información. Esta organización contribuye al control y seguimiento de las actividades contratadas, facilitando la verificación por parte de los entes de control, así como la trazabilidad de los procesos ejecutados.</p>	<p>Archivo del CRUET</p>	<p>Archivo del CRUET</p>	<p>Actividad ejecutada para el presente informe</p>
<p>7. Apoyar el sistema de vigilancia epidemiológica, e inspección, vigilancia y control en los eventos de urgencia, emergencia o desastre.</p>	<p>En el marco del presente informe se ha brindado apoyo administrativo continuo mediante el seguimiento activo a la Alerta Hospitalaria generada por el evento de fiebre amarilla y dengue, considerado una calamidad en salud pública; las acciones desarrolladas comprenden la elaboración y emisión de oficios, circulares informativas, presentación técnica con indicadores y comunicados internos, así como el seguimiento en tiempos de remisión, reportados en matriz Excel y enviados a la profesional de epidemiología del despacho de la Secretaría de Salud, todo ello orientado a garantizar la adecuada gestión del evento y fortalecer los procesos de articulación institucional. Este acompañamiento ha resultado clave para la coordinación intersectorial, el flujo oportuno de información y la implementación de medidas preventivas en los diferentes niveles de atención del sistema de salud.</p>	<p>Formato excel, Circulares, oficios, presentación</p>	<p>Formato excel, Circulares, oficios, presentación</p>	<p>Actividad ejecutada para el presente informe</p>

<p>11. 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 instrucciones del supervisor.</p>	<p>Durante el periodo del presente informe, no se presentaron eventos de emergencia, urgencia o desastre que requirieran una respuesta inmediata por parte del equipo operativo. Sin embargo, se mantuvo una disposición plena y constante para atender cualquier situación derivada de la Alerta Hospitalaria por fiebre amarilla, en el marco de la emergencia sanitaria declarada.</p>	<p>N/A</p>	<p>N/A</p>	<p>Actividad no ejecutada por no requerimiento</p>
<p>CONCLUSIONES:</p>				
<p>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.</p>				
<p>NOMBRE(s) DEL SUPERVISOR(es) :</p>	<p> ALDO EUGENIO BELTRÁN RIVERA</p>			
<p>FIRMA:</p>				