

CDDA

		GOBERNACIÓN DEL TOLIMA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		CODIGO: FOR-GB-018	
		PROCESO: GESTIÓN CONTRACTUAL		VERSIÓN: 04	
		INFORME DE SUPERVISIÓN		Vigente desde: 23/08/2023	
INFORME NÚMERO:		4	FECHA DEL INFORME: (dd/mm/aa)		7/05/2026
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:	0089	FECHA: (dd/mm/aa)	6/01/2026
Nº. DE LA ORDEN DE COMPRA (si aplica)	N/A	FECHA ORDEN DE COMPRA	N/A	Nº. PROCESO SECOP II	CD-2025-PS-0069
CONTRATISTA O COOPERANTE: (Adicione filas si es necesario)	ALISON ELIANE CALDERÓN OLAYA			NIT:	1.110.568.804
VALOR INICIAL:	\$ 24 000 000,00			PLAZO INICIAL:	180
CDP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)	231 DEL 05 DE ENERO DE 2026			RP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)	16 DEL 7 DE ENERO DE 2026
NOMBRE DEL SUPERVISOR QUE SUSCRIBE EL PRESENTE INFORME: (Adicione filas si es necesario)	Katerine Yulieth Leon Miranda			ACTO ADMINISTRATIVO O CONTRACTUAL DE DESIGNACIÓN Y FECHA:	0069 DEL 06 DE ENERO DE 2026
CORREO ELECTRONICO DEL SUPERVISOR:	directora.contratacion@tolima.gov.co				
FECHA DE LEGALIZACIÓN DEL ACTO CONTRACTUAL INICIAL: (dd/mm/aa)	7/01/2026			FECHA INICIACIÓN: (dd/mm/aa)	7/01/2026
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	
PAGO REGISTRO EN BOLSA Y SISTEMA DE COMPENSACIÓN Y LIQUIDACIÓN	N/A			N/A	
PAGO DE LA OPERACIÓN NEGOCIO:	N/A			N/A	
OTROS:	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 IDENTIFICADOR SECOP II	FECHA (dd/mm/aaaa)	OBJETO	FECHA DE LEGALIZACIÓN (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	

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)
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

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	

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:	07/04/2026 AL 06/05/2026	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 - 79672	FECHA FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A FACTURAR: (dd/mm/aa)	7/05/2026
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:	9501602584	MES DE COTIZACIÓN:	ABRIL
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 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
	REHABILITACIÓN Y/O MEJORAMIENTO	VALOR	\$ -

CLASIFICACIÓN DE LA INVERSIÓN Y VALOR:

CONSTRUCCIÓN

MANTENIMIENTO

VALOR

\$

-

VALOR

\$

-

4.2 INFORMACIÓN CONTABLE PARA ADQUISICIÓN O COMPRA DE INMUEBLES (edición de 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 (edición de filas si es necesario)

IDENTIFICACIÓN PRESUPUESTAL (CÓDIGO PRESUPUESTAL)	No. RP PARA SIJAF	No. RP PARA SPGR	VALOR A AFECTAR PARA EL PRESENTE PAGO
03-2.1.2.02.02.008-8020	16 DEL 07 DE ENERO DE 2026		\$ 4 000 000,00
N/A	N/A	N/A	\$ -
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO:			\$ 4.000.000,00

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)	\$ 4 000 000,00
(-) VALOR AMORTIZACIÓN ANTICIPO O LEGALIZACIÓN DE PAGO ANTICIPADO	\$ -
SUBTOTAL PRESENTE PAGO EJECUTADO	\$ 4 000 000,00
(+) VALOR PRESENTE ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO	\$ -
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO	\$ 4 000 000,00

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	\$ 24 000 000,00
ADICIONES O DISMINUCIONES	\$ -
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO CANCELADO	\$ -
PAGOS PARCIALES CANCELADOS	\$ 12 000 000,00
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO	\$ 4 000 000,00
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL	\$ 8 000 000,00
SUMAS IGUALES	\$ 24 000 000,00

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. INFORMACIÓN CUENTA BANCARIA PARA CONSIGNACIÓN PRESENTE PAGO

(SEGUN MINUTA CONTRATO, O SECOP, O CESIÓN PAGO)

DEBIAMENTE AUTORIZADO POR CONTRATISTA Y ORDENADOR DEL GASTO)

NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA	TIPO CUENTA BANCARIA	NUMERO CUENTA BANCARIA
BANCOLOMBIA	Ahorros	07912540353

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.

NOMBRE(S) DEL SUPERVISOR(ES)

Kathryne Yulieth Leon Miranda

FIRMA(S):



NOTA: TODOS LOS CAMPOS DEL INFORME DE SUPERVISIÓN DEBEN SER DILIGENCIADOS, CUANDO ALGUN 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"