

	GOBERNACIÓN DEL TOLIMA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		CÓDIGO: FOR-GB-016
	PROCESO: GESTIÓN CONTRACTUAL		VERSIÓN: 04
	INFORME DE SUPERVISION		Vigente desde: 23/08/2023

INFORME NÚMERO:	6	FECHA DEL INFORME: (dd/mm/aa)	27/07/2026
-----------------	---	-------------------------------	------------

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:	1932	FECHA : (dd/mm/aa)	20/01/2026
No. DE LA ORDEN DE COMPRA (si aplica)	N/A	FECHA ORDEN DE COMPRA	N/A	No. PROCESO SECOP II	CD-2026-PS-1926
CONTRATISTA O COOPERANTE: (Adicione filas si es necesario)		MARLY JULIETH ESPITIA MOYANO		NIT:	1022409887
VALOR INICIAL:		\$	55.000.000,00	PLAZO INICIAL:	330 DIAS
CDP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)		2074 DEL 08/01/2026		RP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)	2179 DEL 26/01/2026
NOMBRE DEL SUPERVISOR QUE SUSCRIBE EL PRESENTE INFORME: (Adicione filas si es necesario)		ZULMA LILIANA ACOSTA ORTEGON		ACTO ADMINISTRATIVO O CONTRACTUAL DE DESIGNACIÓN Y FECHA:	1932 DEL 20 DE ENERO DE 2026
CORREO ELECTRONICO DEL SUPERVISOR:		direccionaludpublica@saludtolima.gov.co			
FECHA DE LEGALIZACIÓN DEL ACTO CONTRACTUAL INICIAL: (dd/mm/aa)		28/01/2026		FECHA INICIACION: (dd/mm/aa)	28/01/2026

1.1 INFORMACIÓN REQUERIDA EN CASO DE ACTAS DE CESIÓN			
CONTRATISTA CEDENTE	N/A	NIT:	N/A
CONTRATISTA CESIONARIO	N/A	NIT:	N/A

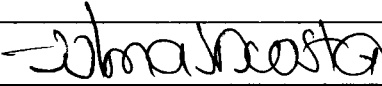
1.2 INFORMACIÓN REQUERIDA EN CASO DE CONTRATOS DE COMISIÓN (BOLSA MERCANTIL DE COLOMBIA)				
CONCEPTO DEL PRESENTE PAGO (Marque con una X según el tipo de pago a realizar)		BENEFICIARIO Y NIT DEL PRESENTE PAGO		ACTO ADMINISTRATIVO O CONTRACTUAL QUE RESPALDA EL PRESENTE PAGO Y FECHA
PAGO GASTOS DE COMISIÓN	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
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 LEGALIZACIÓN (dd/mm/aaaa)		
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 OR 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		\$ -	-		
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 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)				
ENTIDAD PÚBLICA: (Marque con una X)	NO	TIPO DE DESEMBOLSO A REALIZAR SEGÚN ACTO CONTRACTUAL:			PAGO POR PERÍODOS	
PERÍODO QUE COMPRENDE EL PRESENTE PAGO:	27 DE JUNIO DE AL 26 DE JULIO 2026		MUNICIPIO DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:	IBAGUÉ		
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 - 87025		FECHA FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A FACTURAR: (dd/mm/aa)	24/07/2026		
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:	9507257537		MES DE COTIZACIÓN:	JUNIO		
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:		
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	\$ -			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 - 5.19.03.1905.0300.03-2.3.2.02.009 - 0633	2179		\$ 5.000.000,00			
			\$ -			

VALOR TOTAL PRESENTE PAGO:		\$ 5.000.000,00
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)	\$	5.000.000,00
(-) VALOR AMORTIZACION 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 (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	\$ 55.000.000,00	
ADICIONES O DISMINUCIONES	\$	-
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO CANCELADO	\$	-
PAGOS PARCIALES CANCELADOS	\$	25.000.000,00
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO	\$	5.000.000,00
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL	\$	25.000.000,00
SUMAS IGUALES	\$ 55.000.000,00	\$ 55.000.000,00
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. 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
BANCO CAJA SOCIAL	AHORROS	24142874668
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) ZULMA LILIANA ACOSTA ORTEGON 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"		

