	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)	15/10/2026

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:**	2587	**FECHA :** (dd/mm/aa)	9/07/2025
No. DE LA ORDEN DE COMPRA (si aplica)	N/A	**FECHA ORDEN DE COMPRA**	N/A	**No. PROCESO SECOP II**	CD-2025-CONT-2600
CONTRATISTA O COOPERANTE: (Adicione filas si es necesario)		HOSPITAL NELSON RESTREPO MARTINEZ E.S.E DE ARMERO - TOLIMA		**NIT:**	800125697-2
VALOR INICIAL:		$ 298,926,638.00		**PLAZO INICIAL:**	150 DIAS
CDP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)		3445 de 19 de Mayo de 2025		**RP(S) INICIAL / VIGENCIA:**	9167 de 17 de julio de 2025
NOMBRE DEL SUPERVISOR QUE SUSCRIBE EL PRESENTE INFORME: (Adicione filas si es necesario)		**CARLOS ALBERTO TORRES LOPEZ**		**ACTO ADMINISTRATIVO O CONTRACTUAL DE**	2587 de 09 de julio de 2025
CORREO ELECTRONICO DEL SUPERVISOR:		mtrasadores@saludtolima.gov.co			
FECHA DE LEGALIZACION DEL ACTO CONTRACTUAL INICIAL: (dd/mm/aa)		17/07/2025		**FECHA INICIACION:** (dd/mm/aa)	17/07/2025

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 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

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)

ACTA LIQUIDACION	N/A	10/6/2026	Dar por liquidado el Contrato y/o Convenio No.2587 del 09 de julio de 2025, cuyo objeto fue es "CELEBRAR CONTRATO INTERADMINISTRATIVO CON EL HOSPITAL NELSON RESTREPO MARTINEZ E.S.E DE ARMERO TOLIMA PARA LA FINANCIACIÓN DE LOS GASTOS DE OPERACIÓN EN	9/7/2026
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

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 RESOLUCIÓ	NÚMERO IDENTIFICADOR SECOP II	FECHA (dd/mm/aaaa)	VALOR ADICIONADO O DISMINUIDO	PLAZO ADICIONADO O DISMINUIDO	RP y CDP	FECHA DE LEGALIZACION (dd/mm/aaaa)
N/A	N/A		$ 0.00	0	N/A	N/A
N/A	N/A		$ 0.00	0	N/A	N/A
N/A	N/A		$ 0.00	0	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)
0	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A
0	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A
0	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A

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 PUBLICA: (Marque con una X)	SI	**TIPO DE DESEMBOLSO A REALIZAR SEGÚN ACTO CONTRACTUAL:**	PAGO POR PERÍODOS
PERÍODO QUE COMPRENDE EL PRESENTE PAGO:	Pago correspondiente del 5% con periodo 14/11/2025 al 13/12/2025	**MUNICIPIO DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:**	ARMERO
COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN O CERTIFICACIÓN DEL ALMACENISTA (adicione filas si es	N/A	**FECHA COMPROBANTE DE ENTRADA A**	N/A
No. DE FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A FACTURAR (adicione filas si es necesario)	683934	**FECHA FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A**	30/12/2025

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:	9496708207	**MES DE COTIZACIÓN:**	DICIEMBRE 2025
FECHA DE LA CERTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O REVISOR FISCAL:	31/12/2025	**MES DE COTIZACIÓN:**	Ultimos 6 meses

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 PENSIONAI	N/A		N/A
NO ALCANZA A PENSIOANARSE 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**	NO
CLASIFICACIÓN DE LA INVERSIÓN Y VALOR:	**REHABILITACIÓN Y/O MEJORAMIENTO**	**VALOR**	0
	CONSTRUCCIÓN	**VALOR**	0
	MANTENIMIENTO	**VALOR**	0

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

CONCEPTO	VALOR	DOCUMENTO SOPORTE
TERRENO	0	N/A
EDIFICACIÓN	0	N/A

MEJORAS	0	N/A
OTROS _____	0	N/A

4.3 DISTRIBUCIÓN DEL PRESENTE PAGO POR IDENTIFICACIÓN PRESUPUESTAL (adicione filas si es necesario)

IDENTIFICACIÓN PRESUPUESTAL (CÓDIGO PRESUPUESTAL)	No. RP PARA SIIAF	No. RP PARA SPGR	VALOR A AFECTAR PARA EL PRESENTE PAGO
05-5.19.02.1906.0300.01-2.3.3.01.02.005-0630	9167 del 17 de Julio de 2025	N/A	14,946,331.90
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO:			14,946,331.90

4.4 VALOR PRESENTE PAGO

(Adicionar filas, cuando en el pago concurran recursos con situación de fondos y recursos sin situación de fondos)

VALOR PRESENTE ACTA (VALOR EJECUTADO)	14,946,331.90
(-) VALOR AMORTIZACION ANTICIPO O LEGALIZACIÓN DE PAGO ANTICIPADO	0.00
SUBTOTAL PRESENTE PAGO EJECUTADO	14,946,331.90
(+) VALOR PRESENTE ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO	0.00
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO	14,946,331.90

4.5 BALANCE DEL ANTICIPO

(Adicionar filas, cuando en el pago concurran recursos con situación de fondos y recursos sin situación de fondos)

VALOR PRESENTE ANTICIPO	0	
VALOR ANTICIPOS ANTERIORES	0	
VALOR AMORTIZADO EN PAGOS ANTERIORES		0
VALOR DE AMORTIZACIÓN EN EL PRESENTE PAGO		0
VALOR PENDIENTE POR AMORTIZAR		0
SUMAS IGUALES	0	0

4.6 BALANCE DEL PAGO ANTICIPADO

(Adicionar filas, cuando en el pago concurran recursos con situación de fondos y recursos sin situación de fondos)

VALOR PRESENTE PAGO ANTICIPADO	$ 0.00	
VALOR PAGO ANTICIPADOS ANTERIORES	$ 0.00	
VALOR LEGALIZADO EN PAGOS ANTERIORES		$ 0.00
VALOR LEGALIZADO EN EL PRESENTE PAGO		$ 0.00
VALOR PENDIENTE POR LEGALIZAR		$ 0.00
SUMAS IGUALES	$ 0.00	$ 0.00

4.7 BALANCE DEL ACTO CONTRACTUAL POR EL DEPARTAMENTO

(Adicionar filas, cuando en el pago concurran recursos con situación de fondos y recursos sin situación de fondos)

VALOR DEL ACTO CONTRACTUAL	$ 298,926,638.00	
ADICIONES O DISMINUCIONES	$ 0.00	
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO CANCELADO		0.00
PAGOS PARCIALES CANCELADOS		224,194,978.5
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO		14,946,331.9
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL		59,785,327.60
SUMAS IGUALES	$ 298,926,638.00	298,926,638.00

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	$ 0.00	
ADICIONES O DISMINUCIONES EN VALOR	$ 0.00	
ANTICIPO CANCELADO		$ 0.00
PAGOS PARCIALES CANCELADOS		$ 0.00
VALOR PRESENTE PAGO		$ 0.00
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL		$ 0.00
SUMAS IGUALES	$ 0.00	$ 0.00

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 DE BOGOTA	AHORROS	363498627

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) CARLOS ALBERTO TORRES LOPEZ

FIRMA(s):

	GOBERNACIÓN DEL TOLIMA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CODIGO: FOR-GB-016
	PROCESO: GESTIÓN CONTRACTUAL	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. Garantizar la prestación de servicios de salud definidos en el artículo 2.5.3.8.3.1.2 del Decreto 780 del 2016 (Servicios de baja complejidad): medicina general	La ESE ha venido Garantizando la prestacion del servicios de salud definidos en el artículo 2.5.3.8.3.1.2 del Decreto 780 del 2016.	Se aporta pantallazo de los servicios habilitados según REPS.	Verificación Documental	
2. Cumplir con los indicadores y metas establecidas en la Resolución N°0000408 de 2018 según el detalle: * GESTION DE CALIDAD: Medicina general, tiempo promedio de espera para la asigancion de cita de medicina general menor o igual a 3 días calendario	La ESE cumplio con los indicadores y metas establecidas en la Resolución N°0000408 de 2018 según el detaller; tiempo de espera para la asigancion de cita de medicina general para el mes de octubre del 2025. Por tanto se otorga ceriticado de cumplimiento de reporte	Se aporta informe documento PDF y cerificacion de reporte documento PDF	Verificación Documental	
*GESTION DE PRODUCION: Funcionamiento de los servicios habilitados reportados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.	La ESE cumplio con el reporte de indicadores de produccion para el periodo de diciembre del 2025. Por tanto se totroga cerificado de cumplimiento del reporte.	Se aporta informe documento PDF	Verificación Documental	
3. Elaborar informes mensuales de seguimiento y ejecución de los recursos asignados en formato dispuesto por la secretaria de salud con sus correspondientes evidencias (planillas de pago, comprobantes de pago, entre otras).	La ESE elaboro informe mensuale de seguimiento y ejecución de los recursos asignados para el mes de diciembre en formato dispuesto por la secretaria de salud con sus correspondientes evidencias (planillas de pago, comprobantes de pago, entre otras).	Se aporta informe documento PDF y cerificacion de reporte documento PDF	Verificación Documental	
4. Elaborar informe de cumplimiento a metas e indicadores pactados, de acuerdo a la solicitud del supervisor	La ESE presentó informes de indicadores correspondientes a lo plasmado en la respectiva minuta (calidad, producción y financiera).	Se aporta informe documento PDF	Verificación Documental	
5. Presentar certificación trimestral de cumplimiento de los indicadores de calidad con fuente: Sistema de Información Hospitalaria -SIHO para la vigencia correspondiente. Expedida por el Director(a) de Desarrollo de Servicios y Calidad de la Prestación de la Secretaría de Salud Departamental.	Se presenta certifacacion en donde la ESE cumple con las condiciones para ser aceptado.	Se aporta documento PDF	Verificación Documental	
6. Presentar certificación trimestral de cumplimiento de funcionamiento de los servicios habilitados reportados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS, Expedida por el Director(a) de Desarrollo de Servicios y Calidad de la Prestación de la Secretaría de Salud Departamental.	Para el periodo correspondiente al primer pago	Certificacion aportada primera cuenta cobro	Verificación Documental	

7. Presentar certificación del cumplimiento del indicador de Gestión Financiera (Determinar gastos de operación para la prestación de los servicios de salud de la sede e ingresos que genera la sede monopolio, con periodicidad trimestral. en cumplimiento a la Resolución 484 del 2022 emitida por el MSPS. Expedida por el Director(a) de Desarrollo de Servicios y Calidad de la Prestación de la Secretaría de Salud Departamental	A 31 de diciembre la ESE presento un recaudo de $8.015 millones, frente a una obligación de $5.796 millones y cumple con el indicador de equilibrio presupuestal por recaudo; en los primeros 300 días se producen unas cuentas por cobrar corrientes de $3.964 millones y unas cuentas por pagar de $277 millones; la ESE. Tiene unos ingresos totales reconocidos de $13.029 millones y total de compromisos por un valor de $8.190 millones de pesos la E.S.E. Cumple con el indicador; la E.S.E. presenta unos ingresos por ventas de servicios de salud de $ 7.243 millones de pesos; presenta unos gastos y unos costos por $6.690 millones, la E.S.E. cumple con el indicador y es viable financieramente.	Se aporta documento PDF	Verificación Documental	
8. Contar con una cuenta bancaria exclusiva hasta la firma de la liquidación del contrato. Los recursos allí depositados sólo podrán ser utilizados para el pago de los bienes o servicios que se requieran para la ejecución del contrato.	Se verifico documento anexo de certificacion Bancaria Cuenta de ahorros No. 363498627 BANCO DE BOGOTA	Se aporta documento PDF	Verificación Documental	
OBLIGACIONES GENERALES: 1. Cumplir con el objeto del contrato.	Se verifico el cumplió con el objeto del contrato.	Informe de supervision	SECOP II	
2. Firmar las actas de inicio, suspensión, aclaración, modificación o adición, y terminación a que haya lugar de común acuerdo con el supervisor	Se firmó acta de inicio con fecha de 17/07/2025.	Acta de inicio firmada y legalizada	Plataforma SECOP II	
3. Presentar informes solicitados por el supervisor	Se presentaron los respectivos informes solicitados por el supervisor aplicables para el quinto pago.	Se aporta documento PDF	Verificación Documental	
4. Guardar la suficiente reserva sobre la información que se obtenga en desarrollo de las actividades contractuales.	Se guardó reserva sobre la información que se obtenga en desarrollo de las actividades	N/A	N/A	
5. Certificar el cumplimiento de aportes al sistema de seguridad social integral en salud, del personal que tiene a cargo la E.S.E., de conformidad con el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y la Ley 828 de 2003, del personal que tenga a cargo.	Se evidencia anexo certificado aportes al sistema de Seguridad social en salud correspondiente al mes de diciembre de 2025	Se aporta documento PDF	Plataforma secop II	
6. Realizar las aprobaciones correspondientes, el registro oportuno y permanente del cargue de los informes y evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales en la Plataforma SECOP II.	Se realizaron las aprobaciones correspondientes, el registro oportuno y permanente del cargue de los informes y evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales en la Plataforma SECOP II.	Plataforma SECOP II	Plataforma SECOP II	

1.2 RESPONSABILIDADES DEL CONTRATANTE

RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL POR PARTE DEL CONTRATANTE	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	EVIDENCIA	MECANISMO DE VERIFICACION	OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES
1. Controlar la calidad de los servicios contratados y el cumplimiento de los requisitos y condiciones contratadas.	Se realizo el control el cumplimiento de las metas, requisitos y condiciones contratadas.	Informe de supervision	Plataforma Secop II	
2. Supervisar la realización de las actividades.	Se supervisara la realización de las actividades en el segundo periodo de pagos .	Informe de supervision	Plataforma Secop II	
3. Realizar los desembolsos de los recursos en la oportunidad establecida y conforme a la forma de pago estipulada en el Contrato, a fin de garantizar la buena marcha del mismo.	Se realizaran los desembolsos de los pagos de los recursos en la oportunidad establecida y conforme a la forma de pago estipulada en el Contrato, a fin de garantizar la buena marcha del mismo.	Informe de supervision	Plataforma Secop II	
4. Adelantar las gestiones necesarias para el reconocimiento y cobro de las sanciones pecuniarias y garantías a que hubiere lugar, para lo cual el Supervisor dará aviso oportuno a la gobernación, sobre la ocurrencia de hechos constitutivos de mora o incumplimiento.	Se adelanta las gestiones necesarias para el reconocimiento y cobro de las sanciones pecuniarias y garantías a que hubiere lugar.	Informe de supervision	Plataforma Secop II	

5. Facilitar al ejecutor las condiciones (suministro de información, documentación y demás elementos), que le permitan cumplir con el objeto.	Se facilitó al ejecutor las condiciones (suministro de información, documentación y demás elementos), que le permitan cumplir con el objeto.	Informe de supervision	Plataforma Secop II	
6. Una vez se surta el proceso de contratación estatal, asignar un Supervisor, a través de quien la gobernación mantendrá la interlocución permanente y directa con el CONTRATISTA.	Se surtió el proceso de contratación estatal y se asigno un Supervisor, a través de quien la gobernación mantien la interlocución permanente y directa con el CONTRATISTA.	Informe de supervision	Plataforma Secop II	
7. Tramitar diligentemente las apropiaciones presupuestales que requiera para solventar las prestaciones patrimoniales que hayan surgido a su cargo como consecuencia de la suscripción del contrato.	Se tramitó diligentemente las apropiaciones presupuestales que requiera para solventar las prestaciones patrimoniales que hayan surgido a su cargo como consecuencia de la suscripción del contrato.	Informe de supervision	Plataforma Secop II	
8. Solicitar y recibir información técnica respecto del bien ó servicio y demás del CONTRATISTA en desarrollo del objeto del contractual.	Se solicitó y se recibió la información técnica respecto del bien ó servicio y demás del CONTRATISTA en desarrollo del objeto del contractual.	Informe de supervision	Plataforma Secop II	

CONCLUSIONES:

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) : **CARLOS ALBERTO TORRES LOPEZ**

FIRMA: