

	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:	4	FECHA DEL INFORME: (dd/mm/aa)	03/06/2025
-----------------	---	-------------------------------	------------

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:	0195	FECHA : (dd/mm/aa)	24/01/2025
No. DE LA ORDEN DE COMPRA (si aplica)	N/A	FECHA ORDEN DE COMPRA	N/A	No. PROCESO SECOP II	CD-2025-PS-0195
CONTRATISTA O COOPERANTE: (Adicione filas si es necesario)	LEIDY CAMILA HERNANDEZ CARRILLO			NIT:	1.110.512.814
VALOR INICIAL:	\$ 33.000.000,00			PLAZO INICIAL:	180 DIAS CALENDARIO
CDP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)	331 DEL20 DE ENERO DE 2025			RP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)	346 DEL 27 DE ENERO DE 2025
NOMBRE DEL SUPERVISOR QUE SUSCRIBE EL PRESENTE INFORME: (Adicione filas si es necesario)	JULIO CESAR GALLO ORTIZ			ACTO ADMINISTRATIVO O CONTRACTUAL DE DESIGNACIÓN Y FECHA:	CONTRATO 0195 DEL 24 DE ENERO DE 2025
CORREO ELECTRONICO DEL SUPERVISOR:	direccion.infraestructura@tolima.gov.co				
FECHA DE LEGALIZACION DEL ACTO CONTRACTUAL INICIAL: (dd/mm/aa)	27/01/2025			FECHA INICIACION: (dd/mm/aa)	27/01/2025

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 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	

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 LEGALIZACION (dd/mm/aaaa)
ACTA 001	CO1.CTRMOD.1 8434952	06/03/2025	Se requiere MODIFICAR LA CLAUSULA 9, denominada cuenta bancaria, a solicitud del contratista por motivo de cambio de cuenta bancaria.	12/03/2025
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		\$ -	-		

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					

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)	N/A
ENTIDAD PÚBLICA: (Marque con una X)	NO	TIPO DE DESEMBOLSO A REALIZAR SEGÚN ACTO CONTRACTUAL:	PAGO POR PERÍODOS
PERÍODO QUE COMPRENDE EL PRESENTE PAGO:	27/04/2025 AL 26/05/2025	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-52296	FECHA FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A FACTURAR: (dd/mm/aa)	25/05/2025
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:	9484781714 Y ARL 9485585940	MES DE COTIZACIÓN:	ABRIL DE 2025
FECHA DE LA CERTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O REVISOR FISCAL:	N/A	MES DE COTIZACIÓN:	N/A

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

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
03-3.24.2402.0600.01-2.3.2.02.02.008-8020	346	N/A	\$ 5.500.000,00
			\$ -
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO:			\$ 5.500.000,00
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)			\$ 5.500.000,00
(-) VALOR AMORTIZACIÓN ANTICIPO O LEGALIZACIÓN DE PAGO ANTICIPADO			\$ -
SUBTOTAL PRESENTE PAGO EJECUTADO			\$ 5.500.000,00
(+) VALOR PRESENTE ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO			\$ -
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO			\$ 5.500.000,00
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	\$ 33.000.000,00		
ADICIONES O DISMINUCIONES	\$ -		
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO CANCELADO			\$ -
PAGOS PARCIALES CANCELADOS			\$ 16.500.000,00
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO			\$ 5.500.000,00
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL			\$ 11.000.000,00
SUMAS IGUALES	\$ 33.000.000,00		\$ 33.000.000,00
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	
NU.	CUENTA DE AHORROS	23723890.	
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.			
FIRMA(s):			
NOMBRE(s) DEL SUPERVISOR(es)			
JULIO CESAR GALLO ORTIZ			

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"