

	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:	2	FECHA DEL INFORME: (dd/mm/aa)	28/05/2026
-----------------	---	-------------------------------	------------

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:	2632	FECHA : (dd/mm/aa)	25/01/2026
No. DE LA ORDEN DE COMPRA (si aplica)	N/A	FECHA ORDEN DE COMPRA	N/A	No. PROCESO SECOP II	CD-2026-CONT-2624
CONTRATISTA O COOPERANTE: (Adicione filas si es necesario)	HOSPITAL LOCAL VITO FASAEI GUTIERREZ PEDRAZA			NIT:	809000383-0
VALOR INICIAL:	\$ 100.000.000,00			PLAZO INICIAL:	TRESCIENTOS TREINTA (330) DIAS CALENDARIO
CDP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)	2908 DEL 19 DE ENERO DE 2026			RP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)	2978 DEL 30 DE ENERO DE 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:	2632 DEL 25 DE ENERO DE 2026
CORREO ELECTRONICO DEL SUPERVISOR:	direccionaludpublica@saludtolima.gov.co				
FECHA DE LEGALIZACION DEL ACTO CONTRACTUAL INICIAL: (dd/mm/aa)	04/02/2026			FECHA INICIACION: (dd/mm/aa)	04/02/2026

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 LEGALIZACION (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	

2.2 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 RESOLUCIÓN) NÚMERO:	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	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	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

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)	SI	SEGÚN CERTIFICACIÓN DE EXPEDIDA POR : (Mencione la Entidad que le otorgó la personería jurídica de ESAL)		N/A
ENTIDAD PÚBLICA: (Marque con una X)	SI	TIPO DE DESEMBOLSO A REALIZAR SEGÚN ACTO CONTRACTUAL:		PAGO PARCIAL
PERÍODO QUE COMPRENDE EL PRESENTE PAGO:	04/02/2026 al 04/05/2026		MUNICIPIO DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:	VALLE DE SAN JUAN
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)	748904		FECHA FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A FACTURAR: (dd/mm/aa)	28/05/2026
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:	84148162		MES DE COTIZACIÓN:	Abril
FECHA DE LA CERTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O REVISOR FISCAL:	28/05/2026		MES DE COTIZACIÓN:	Abril
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:	N/A
CLASIFICACIÓN DE LA INVERSIÓN Y VALOR:	REHABILITACIÓN Y/O MEJORAMIENTO		VALOR	N/A
	CONSTRUCCIÓN		VALOR	N/A
	MANTENIMIENTO		VALOR	N/A
4.2 INFORMACIÓN CONTABLE PARA ADQUISICIÓN O COMPRA DE INMUEBLES (adicione filas si es necesario)				
CONCEPTO	VALOR		DOCUMENTO SOPORTE	
TERRENO	N/A		N/A	
EDIFICACIÓN	N/A		N/A	
MEJORAS	N/A		N/A	
OTROS	N/A		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	
05-5.19.03.1905.0300.01-2.3.2.02.009-0633	2978		\$ 30.000.000,00	
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO:			\$ 30.000.000,00	
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)			\$ 60.000.000,00	
(-) VALOR AMORTIZACIÓN ANTICIPO O LEGALIZACIÓN DE PAGO ANTICIPADO			\$ 30.000.000,00	
SUBTOTAL PRESENTE PAGO EJECUTADO			\$ 30.000.000,00	
(+) VALOR PRESENTE ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO				
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO			\$ 30.000.000,00	
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			\$ 30.000.000,00	
VALOR LEGALIZADO EN PAGOS ANTERIORES			\$ -	
VALOR LEGALIZADO EN EL PRESENTE PAGO			\$ 30.000.000,00	
VALOR PENDIENTE POR LEGALIZAR				
SUMAS IGUALES			\$ 30.000.000,00	
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			\$ 100.000.000,00	
ADICIONES O DISMINUCIONES			\$ -	
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO CANCELADO			\$ 30.000.000,00	
PAGOS PARCIALES CANCELADOS				
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO			\$ 30.000.000,00	
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL			\$ 40.000.000,00	
SUMAS IGUALES			\$ 100.000.000,00	

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

MINUTA CONTRATO, O SECOP, O CESION PAGO DEBIAMENTE AUTORIZADO POR CONTRATISTA Y ORDENADOR DEL GASTO)

(SEGÚN

NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA	TIPO CUENTA BANCARIA	NUMERO CUENTA BANCARIA
BANCOLOMBIA	Cuenta de ahorros AHORROS	407-977200-48

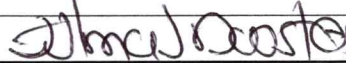
6. CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA EN MENCIÓN:

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)

ZULMA LILIANA ACOSTA ORGETON

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"