INFORME	PERIÓDICO: __4__ UNICO : ____	No. 4
PERÍODO DE EJECUCIÓN:	Desde 26/agosto/2021 hasta 24/septiembre/2021	
VALOR AUTORIZADO A CANCELAR	CINCUENTA Y DOS MILLONES NOVECIENTOS UN MIL CIEN PESOS. ($52.901.100)	

INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO	
TIPO CONTRATO :	CONVENIO
CONTRATO No. Y FECHA:	1385 DEL 14 MAYO DEL 2021
NO. PROCESO SECOP II	AI-RE-CC-1288-2021
CONTRATISTA :	FUNDACION ARTE A LA VIDA R. LEGAL LUIS DANIEL DIAZ PUENTES
SECRETARIA EJECUTORA:	SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO
OBJETO DEL CONTRATO:	CONTRATAR CON UNA ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO PARA ATENDER INTEGRALMENTE A LOS HOMBRES HABITANTES DE/EN CALLE DEL MUNICIPIO DE IBAGUE EN EL MARCO DEL SUBPROGRAMA INCLUSION SOCIAL AL HABITANTE DE CALLE
VALOR DEL CONTRATO:	TRESCIENTOS DIECISIETE MILLONES CUATROCIENTOS OCHO MIL PESOS ($317.408.000) MCTE
PLAZO:	CIENTO OCHENTA (180) DIAS- CALENDARIO
ACTA DE INICIO	28 DE MAYO DEL 2021
PRORROGAS-SI APLICA (No. DE DIAS/MESES)	N/A
ADICIONES- SI APLICA (VALOR ADICIONADO)	N/A
SUSPENSIONES-SI APLICA (FECHA Y No. DE DIAS/MESES)	N/A
FECHA PREVISTA DE TERMINACION (INCLUYENDO PRORROGAS Y SUSPENSIONES)	23 DE NOVIEMBRE DEL 2021

SEGUIMIENTO TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO

Como supervisor, certifico que he cumplido las funciones de verificación, vigilancia y control frente al cumplimiento del objeto del contrato o convenio. (Según el caso).

Así mismo se deja constancia que el contratista como requisito previo a la expedición de la presente certificación, cumplió a cabalidad el objeto del contrato para el período presentado y aportó el informe de las actividades desarrolladas, las copias de planillas y recibo de pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales conforme a la Ley (Si a ello hubiere lugar), así como del personal involucrado en la ejecución del contrato o convenio (Si a ello hubiere lugar).

Que toda la información hace parte integral del presente informe el cual se remitirá a la Oficina de Contratación a fin de alimentar el expediente contractual correspondiente.

Por lo anterior se firma a los 28 días del mes de septiembre de 2021.

NOMBRE DEL SUPERVISOR: CAROL RAMIREZ PEÑA
CARGO DEL SUPERVISOR: Profesional universitario, Grupo de atención y orientación a víctimas de conflicto armado.

FIRMA DEL SUPERVISOR: _____

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma PiSAMI y/o de Intranet de la Administración Municipal. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es responsabilidad de la Alcaldía de Ibagué