Alcaldia Municipal Ibagué NIT.800113389-7	**PROCESO**: GESTION CONTRACTUAL	**Código:** FOR-11-PRO-GC-02
		Versión: 02
	FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN	**Fecha:** 02/12/2020
		Página: 1 de 1

INFORME	PERIÓDICO: __x__ UNICO : ____	No.1
PERÍODO DE EJECUCIÓN:	Desde 27/01/2022 hasta 26/02/2022	
VALOR AUTORIZADO A CANCELAR	TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS (3.600.000) MCTE	

INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO	
TIPO CONTRATO :	PRESTACION DE SERVICIOS
CONTRATO No. Y FECHA:	1361 DE 24 DE ENERO DE 2022
NO. PROCESO SECOP II	AI-CD-PSN-1422-2022
CONTRATISTA :	ULISES MEDINA YEPES
SECRETARIA EJECUTORA:	SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO
OBJETO DEL CONTRATO:	SDSC-DE-PE- 98 PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA EJECUTAR LAS ACTIVIDADES DEL SUB PROGRAMA IBAGUÉ POR LA GARANTIA DE LOS DERECHOS DE LAS VICTIMAS.
VALOR DEL CONTRATO:	$21.600.000
PLAZO:	SEIS MESES
ACTA DE INICIO	27 DE ENERO DE 2022
PRORROGAS-SI APLICA (No. DE DIAS/MESES)	
ADICIONES- SI APLICA (VALOR ADICIONADO)	
SUSPENSIONES-SI APLICA (FECHA Y No. DE DIAS/MESES)	
FECHA PREVISTA DE TERMINACION (INCLUYENDO PRORROGAS Y SUSPENSIONES)	26 DE JULIO DE 2022

SEGUIMIENTO TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO
Como supervisor, certifico que he cumplido las funciones de verificación, vigilancia y control frente al cumplimiento del objeto del contrato. 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 14 días del mes de marzo de 2022.

NOMBRE DEL SUPERVISOR: CAROL RAMIREZ PEÑA

CARGO DEL SUPERVISOR: PROFESIONAL UNIVERSITARIO

FIRMA DEL SUPERVISOR: _____

Escaneado con CamScanner