INFORME	PERIÓDICO: ____ UNICO : __X__	No.01
PERÍODO DE EJECUCIÓN:	Primer y Único Pago del 100%	
VALOR AUTORIZADO A CANCELAR	CUARENTA Y TRES MILLONES TRECIENTOS OCHENTA Y UN MIL SEISCIENTOS CINCO PESOS (43.381.605)	

INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO	
TIPO CONTRATO:	COMPRAVENTA
CONTRATO No. Y FECHA:	2799 DEL 29/09/2023
NO. PROCESO SECOP II	AI-MC-2746-2023
CONTRATISTA :	CAPITAL ACOSTA GROUP S.A.S.-EDWUARDS GALINDO SANCHEZ
SECRETARIA EJECUTORA:	SALUD
OBJETO DEL CONTRATO:	SS333 ADQUISICION DE PAPELERIA, TONER Y ELEMENTOS DE OFICINA PARA LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS DE LA SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL
VALOR DEL CONTRATO:	CINCUENTA Y UN MILLONES SEISCIENTOS VEINTICUATRO MIL CIENTO NUEVE CON CINCUENTA Y NUEVE CENTVOS ($51.624.109.59)
PLAZO:	TREINTA DIAS (30) DIASCALENDARIO
ACTA DE INICIO	02/10/2023
PRORROGAS-SI APLICA (No. DE DIAS/MESES)	TREINTA Y CINCO (35) DIAS
ADICIONES- SI APLICA (VALOR ADICIONADO)	DIEZ Y SIETE MILLONES OCHOSCIENTOS VEINTICUATRO MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y TRES ($17.824.653)
SUSPENSIONES-SI APLICA (FECHA Y No. DE DIAS/MESES)	
FECHA PREVISTA DE TERMINACION (INCLUYENDO PRORROGAS Y SUSPENSIONES)	05/12/2023

MONITOREO DE RIESGOS DEL CONTRATO			
El supervisor hace constar que ha revisado y conoce la matriz de riesgos contractuales del presente contrato y deja constancia que hizo el respectivo monitoreo para el periodo de ejecución: Primer y único pago del 100%, en consecuencia acredita que SI___ NO X, se materializo los riesgos del proceso			
RIESGO:			
CLASE: NA	FUENTE: NA	ETAPA: NA	TIPO: NA
CONTROL:	NA		
RESULTADO DE REVISIÓN DEL CONTROL: NA	SE EJECUTA:	SI____	NO___
	ES EFICAZ:	SI____	NO____

'La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma institucional establecida para el Sistema Integrado de Gestión; la copia o impresión de este documento será considerada como documento NO CONTROLADO'

	ES EFICIENTE:	SI____ NO____
CONSECUENCIA:	NA	
RELATO DE LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO:	NA	
FRECUENCIA:	NA	
¿CÓMO SE PUEDE EVITAR LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO?	NA	
¿EL SUPERVISOR HA IDENTIFICADO ALGÚN OTRO RIESGO EN EL EJERCICIO DE SUS FUNCIONES COMO SUPERVISOR?:	SI_____ NO__X__ ¿CUÁL?	

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 1 días del mes de diciembre de 2023.

NOMBRE DEL SUPERVISOR: Claudia Rita Ruiz Alvis

CARGO DEL SUPERVISOR: Profesional Especializado – Secretaría de Salud

FIRMA DEL SUPERVISOR: Claudia R Ruiz Alvis

'La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma institucional establecida para el Sistema Integrado de Gestión; la copia o impresión de este documento será considerada como documento NO CONTROLADO'