INFORME	PERIÓDICO: _X___ UNICO: ___	No.1
PERÍODO DE EJECUCIÓN:	Primer pago	
VALOR AUTORIZADO A CANCELAR	NOVENTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y DOS MIL PESOS ($ 99.972.000) M/CTE	

INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO	
TIPO CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS
CONTRATO No. Y FECHA:	2061 DEL 29 DE JULIO DEL 2024
NO. *PROCESO SECOP II*	*AI-SAMC-013-2024*
CONTRATISTA:	YOLANDA AGUIRRE RIOS
SECRETARIA EJECUTORA:	SECRETARIA DE SALUD DE IBAGUE
OBJETO DEL CONTRATO:	SS089-PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA REALIZAR TRES MONITOREOS RÁPIDOS DE COBERTURAS EN VACUNACIÓN EN EL *MUNICIPIO DE IBAGUE GARANTIZANDO* EL APOYO TECNICO, HUMANO Y LOGISTICO EN EL DESARROLLO DE LOS MISMOS.
VALOR DEL CONTRATO:	DOSCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS TREINTA MIL PESOS ($ 249.930.000) M/CTE
PLAZO:	*CINCO (05) MESES*
ACTA DE INICIO	30 DE JULIO DEL 2024
PRORROGAS-SI APLICA (No. DE DIAS/MESES)	NA
ADICIONES- SI APLICA (VALOR ADICIONADO)	NA
SUSPENSIONES-SI APLICA (FECHA Y No. DE DIAS/MESES)	NA
FECHA PREVISTA DE TERMINACION (INCLUYENDO PRORROGAS Y SUSPENSIONES)	29 DE DICIEMBRE DEL 2024

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:del Primera pago, en consecuencia, acredita que SI__ NO_X__, se materializo los riesgos del proceso

RIESGO:	NO APLICA		
CLASE: NA	FUENTE: NA	ETAPA: NA	TIPO: NA
CONTROL:	*NO APLICA*		
RESULTADO DE REVISIÓN DEL CONTROL:	SE EJECUTA:	SI___	NO ____
	ES EFICAZ:	SI___	NO ____
	ES EFICIENTE:	SI___	NO ____

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

CONSECUENCIA:	NO APLICA
RELATO DE LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO:	NO APLICA
FRECUENCIA:	NO APLICA
¿CÓMO SE PUEDE EVITAR LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO?	NO APLICA
¿EL SUPERVISOR HA IDENTIFICADO ALGÚN OTRO RIESGO EN EL EJERCICIO DE SUS FUNCIONES COMO SUPERVISOR?:	SI____ NO____ ¿CUÁL?

SEGUIMIENTO TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO

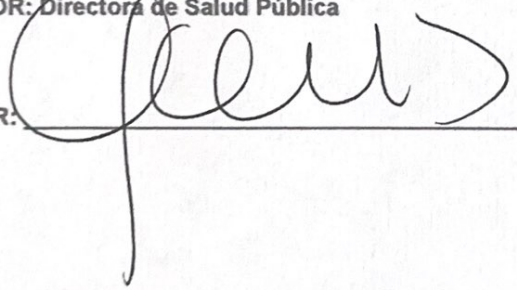
Como supervisor, certifico que he cumplido las funciones de verificación, vigilancia y control frente al cumplimiento del objeto del contrato o convenio. (Según el caso).

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 20 días del mes de agosto del 2024

NOMBRE DEL SUPERVISOR: MARICEL AGUIAR DELGADILLO
CARGO DEL SUPERVISOR: Directora de Salud Pública

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