INFORME	PERIÓDICO: X UNICO : ____	No. 09
PERÍODO DE EJECUCIÓN:	DESDE 10/12/2024 HASTA EL 31/12/2024	
VALOR AUTORIZADO A CANCELAR	CUATRO MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS ($4.656.667) M/CTE	

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
TIPO CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES
CONTRATO No. Y FECHA:	1135 DEL 22 DE MARZO DE 2024
NO. PROCESO SECOP II	AI-CD-PSN-1151-2024
CONTRATISTA:	MARIA DERLY REYES ALVAREZ
SECRETARÍA EJECUTORA:	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL
OBJETO DEL CONTRATO:	SS315- CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UN PROFESIONAL EN SALUD OCUPACIONAL ESPECIALIAZADO PARA APOYAR LA GESTIÓN, ACTIVIDADES Y/0 PROGRAMAS DE LA SECRETARÍA DE SALUD MUNICPAL.
PLAZO DE EJECUCIÓN	SIETE (07) MESES, A PARTIR DE LA LEGALIZACIÒN DEL CONTRATO Y FIRMA DEL ACTA DE INICIO.
VALOR DEL CONTRATO:	CUARENTA Y CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($44.450.000) M/CTE
ADICIONES- SI APLICA (VALOR ADICIONADO)	ONCE MILLONES SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS ($11.006.667) M/CTE.
ACTA DE INICIO	10 DE ABRIL DEL 2024
PRORROGA-SI APLICA – (NºDE DÍAS/MESES)	CINCUENTA Y DOS (52) DIAS CALENDARIO
SUSPENSIONES-SI APLICA (FECHA Y No. DE DIAS/MESES)	
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	31 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 10-12-2024 al 31-12-2024**, en consecuencia, acredita que SI___ NO __X__, se materializo los riesgos del proceso			
RIESGO:	No aplica		
CLASE: No aplica	FUENTE: No aplica	ETAPA: No aplica	TIPO: No aplica
CONTROL:	No aplica		
RESULTADO DE REVISIÓN DEL CONTROL: No aplica	SE EJECUTA:	SI ___	NO ___
	ES EFICAZ:	SI	NO
	ES EFICIENTE:	SI	NO___
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	SI_____	NO_X_	

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

¿RIESGO EN EL EJERCICIO DE SUS FUNCIONES COMO SUPERVISOR?:	¿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 10 días del mes de diciembre de 2024

NOMBRE DEL SUPERVISORA: LILIANA CAROLINA MORENO VARGAS
CARGO DEL SUPERVISOR: Asesora Despacho secretaria de Salud Municipal
Según Resolución 1600-145 del 29 de octubre de 2024

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