



INFORME	PERIÓDICO: <u>  X  </u> UNICO : <u>      </u>	No.04
PERÍODO DE EJECUCIÓN:	DESDE EL 18 DE MAYO AL 27 DE MAYO DE 2025	
VALOR AUTORIZADO A CANCELAR	UN MILLÓN CUATROCIENTOS MIL PESOS \$1.400.000 M/CTE	

**INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO**

TIPO CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES
CONTRATO No. Y FECHA:	473DEL 14 DE FEBRERO DE 2025
NO. PROCESO SECOP II	AI-CD-PSN-477-2025
CONTRATISTA:	YEMMIL ARMANDO HOYOS TOVAR
SECRETARIA EJECUTORA:	SECRETARIA DE SALUD
OBJETO DEL CONTRATO :	SSM322 CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN COMUNICADOR SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EN SALUD ROPIOS DE LA SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL.
VALOR DEL CONTRATO:	TREINTA TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS (\$33.600.000) M/CTE
PLAZO:	DOSCIENTOS CUARENTA (240) DIAS CALENDARIO
ACTA DE INICIO	17 DE FEBRERO DE 2025
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)	27 DE MAYO 2025

**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: <u>DESDE EL 18 DE MAYO AL 27 DE MAYO DE 2025</u> en consecuencia acredita que SI <u>  NOX  </u> , se materializo los riesgos del proceso			
RIESGO:	NA		
CLASE: NA	FUENTE: NA	ETAPA: NA	TIPO: NA
CONTROL: N/A	N/A		
RESULTADO DE REVISIÓN DEL CONTROL: N/A	SE EJECUTA:	SI	NO <u>      </u>
	ES EFICAZ:	SI	NO <u>      </u>



PROCESO: GESTION CONTRACTUAL

Código: FOR-011-  
PRO-GC

Versión: 03

FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN

Fecha: 22/06/2022

Página 2 de 2



	ES EFICIENTE:	SI	NO <input type="checkbox"/>
CONSECUENCIA:	NA		
RELATO DE LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO:	NA		
FRECUENCIA:	N/A		
¿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 <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	¿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 3 días del mes de junio de 2025

NOMBRE DEL SUPERVISOR: LILIANA CAROLINA MORENO VARGAS

CARGO DEL SUPERVISOR: ASESORA DESPACHO SSM

FIRMA DEL SUPERVISOR: