4

| | | |
|---|---|---|
| INFORME | PERIÓDICO: _X___<br>UNICO: ___ | No.1 |
| PERÍODO DE EJECUCIÓN: | Primer pago del 40% | |
| VALOR AUTORIZADO A CANCELAR | NOVENTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS PESOS ($99.9999.600) M/CTE | |

| INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO | |
|---|---|
| TIPO CONTRATO: | PRESTACION DE SERVICIOS |
| CONTRATO No. Y FECHA: | 1938 DE 26 DE MAYO DEL 2025 |
| NO. PROCESO SECOP II | AI-SAMC-1741-2025 |
| CONTRATISTA: | YOLANDA AGUIRRE RIOS |
| SECRETARIA EJECUTORA: | SECRETARIA DE SALUD DE IBAGUE |
| OBJETO DEL CONTRATO: | SSM 148-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 NOVENTA Y NUEVE MIL PESOS ($249.999.000) M/CTE IVA INCLUIDO |
| PLAZO: | SIETE (07) MESES |
| ACTA DE INICIO | 26 DE MAYO DEL 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) | 25 DE DICIEMBRE DEL 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:del Primer pago del 40%, 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 __X___ |
| | ES EFICAZ: | 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

5

| | | |
|---|---|---|
| | ES EFICIENTE: | SI____ NO__X___ |
| 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____<br>¿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 18 dias del mes de junio del 2025

**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