Alcaldía Municipal Ibagué NIT.800113389-7	PROCESO: GESTION CONTRACTUAL	Código:FOR-11-PRO-GC-01
		Versión: 01
	FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN	Fecha: 26/10/2017
		Página: 1 de1

INFORME	PERIÓDICO: X UNICO: ___	No. 05
PERÍODO DE EJECUCIÓN:	DEL 28 DE AGOSTO AL 27 DE SEPTIEMBRE DE 2020	
VALOR AUTORIZADO A CANCELAR	DOS MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($2.550.000) MCTE	

INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO	
TIPO CONTRATO :	PRESTACION DE SERVICIOS
CONTRATO No. Y FECHA:	0347 DEL 23 DE ABRIL DE 2020
CONTRATISTA:	YESSICA ANDREA CHAVERRA LOZADA
SECRETARIA EJECUTORA:	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN PSICÓLOGO PARA EL DESARROLLO DE ACCIONES DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD MENTAL EN EL MUNICIPIO DE IBAGUÉ A TRAVÉS DE LA LÍNEA AMIGA.
VALOR DEL CONTRATO:	$15.300.000
PLAZO:	06 MESES
ACTA DE INICIO	28 DE ABRIL DE 2020
PRORROGAS-SI APLICA (No. DE DIAS/MESES)	
ADICIONES- SI APLICA (VALOR ADICIONADO)	
SUSPENSIONES-SI APLICA (FECHA Y No. DE DIAS/MESES)	
FECHA PREVISTA DE TERMINACION (INCLUYENDO PRORROGAS Y SUSPENSIONES)	27 DE OCTURE DE 2020

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 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 Dirección de Contratación a fin de alimentar el expediente contractual correspondiente.

Por lo anterior, se firma el 05 de Octubre de 2020.

NOMBRE DEL SUPERVISOR: PATRICIA CASTELLANOS O.

CARGO DEL SUPERVISOR: PROFESIONAL UNIVERSITARIO

FIRMA DEL SUPERVISOR: _____

Escaneado con CamScanner