INFORME	PERIÓDICO: __x__ UNICO : ____	No.1
PERÍODO DE EJECUCIÓN:	PRIMER PAGO DEL 70%	
VALOR AUTORIZADO A CANCELAR	CIENTO CINCUENTA Y NUEVE MILLONES SEISCIENTOS VEINTIOCHO MIL PESOS ($ 159.628.000) M/CTE	

INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO	
TIPO CONTRATO :	PRESTACION DE SERVICIOS
CONTRATO No. Y FECHA:	2270 DEL 04 DE DICIEMBRE DEL 2020
NO. PROCESO SECOP II	AI-SAMC-1695-2020
CONTRATISTA :	YOLANDA AGUIRRE RIOS
SECRETARIA EJECUTORA:	SALUD
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PARA REALIZAR EVALUACION DE COBERTURAS DE VACUNACIÓN, 1 CON ÉNFASIS EN POBLACIÓN VICTIMA E INDIGENA DURANTE EL AÑO 2020 GARANTIZANDO EL APOYO TÉCNICO; HUMANO Y LOGÍSTICO EN EL DESARROLLO DE LA MISMA
VALOR DEL CONTRATO:	DOSCIENTOS VEINTIOCHO MILLONES CUARENTA MIL PESOS ($228.040.000) M/CTE INCLUIDO IVA
PLAZO:	VEINTICINCO (25) DIAS CALENDARIO
ACTA DE INICIO	5 DE DICIEMBRE DEL 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)	30 DE DICIEMBRE DEL 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 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 11 días del Mes de Diciembre del 2020

NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SALCEDO POLO

CARGO DEL SUPERVISOR: Profesional Universitario

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