INFORME	PERIÓDICO: __X__ UNICO : ____	No. 1
PERÍODO DE EJECUCIÓN:	DESDE EL 26 DE ENERO AL 24 DE FEBRERO DE 2026	
VALOR AUTORIZADO A CANCELAR	TRES MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($3.650.000) M/CTE	

INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO	
TIPO CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES
CONTRATO No. Y FECHA:	1862 DEL 23 DE ENERO DE 2026
NO. PROCESO SECOP II	AI-CD-PSN-1859-2026
CONTRATISTA :	KEVIN SANTIAGO BONILLA CHACÓN
SECRETARIA EJECUTORA:	SECRETARÍA DE SALUD
OBJETO DEL CONTRATO:	SSM302-CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LAS ACCIONES DESARROLLADAS POR LA SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL
VALOR DEL CONTRATO:	CATORCE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($14.600.000) M/CTE
PLAZO:	CIENTO VEINTE DÍAS (120) CALENDARIO
ACTA DE INICIO	26 DE ENERO DE 2026
PRORROGAS-SI APLICA (No. DE DIAS/MESES)	N/A
ADICIONES- SI APLICA (VALOR ADICIONADO)	N/A
SUSPENSIONES-SI APLICA (FECHA Y No. DE DIAS/MESES)	N/A
FECHA PREVISTA DE TERMINACION (INCLUYENDO PRORROGAS Y SUSPENSIONES)	25 DE MAYO DE 2026

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 26 DE ENERO AL 24 DE FEBRERO DE 2026 consecuencia acredita que SI __ NO _X_ se materializo los riesgos del proceso			
RIESGO:	N/A		
CLASE: N/A	FUENTE: N/A	ETAPA: N/A	TIPO: N/A
CONTROL:	N/A		
RESULTADO DE REVISIÓN DEL CONTROL: N/A	SE EJECUTA:	SI____	NO__x__
	ES EFICAZ:	SI____	NO__x__
	ES EFICIENTE:	SI____	NO_x___
CONSECUENCIA:	N/A		
RELATO DE LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO:	N/A		
FRECUENCIA:	N/A		
¿CÓMO SE PUEDE EVITAR LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO?	N/A		

¿EL SUPERVISOR HA IDENTIFICADO ALGÚN OTRO RIESGO EN EL EJERCICIO DE SUS FUNCIONES COMO SUPERVISOR?:	SI_____ NO___X__ ¿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.

NOMBRE DEL SUPERVISOR: LILIANA CAROLINA MORENO VARGAS
CARGO DEL SUPERVISOR: ASESORA DESPACHO SECRETARÍA DE SALUD
PERÍODO DE SUPERVISIÓN: DEL 26 DE ENERO AL 24 DE FEBRERO DE 2026

FIRMA DEL SUPERVISOR: _____

Por lo anterior se firma a los 19 días del mes de MAYO de 2026.

NOMBRE DEL SUPERVISOR: ADRIANA ALEXANDRA MÁRQUEZ RAMÍREZ
CARGO DEL SUPERVISOR: ASESORA DESPACHO SECRETARÍA DE SALUD
SEGÚN RESOLUCIÓN NO. 028 DEL 07 DE ABRIL DE 2026 – REASIGNACIÓN DE SUPERVISIÓN.

FIRMA DEL SUPERVISOR: _____

'La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma institucional establecida para el Sistema Integrado de Gestión; la copia o impresión de este documento será considerada como documento NO CONTROLADO'