# FORMATO DE INFORME DE GESTIÓN DEL SUPERVISOR

| **DENOMINACION DEL CONTRATO** | **INFORME No.** | **002 - MARZO** | | |
|---|---|---|---|---|
| Contrato N° | UAN-003-06-2023 | | | |
| Nombre del Supervisor | **JUAN PABLO COLLANTE FONSECA** | | | |
| **DE LA ETAPA CONTRACTUAL** | | | | |
| Tipo de contrato | Prestación de servicios y/o apoyo a la gestión | | | Otro: |
| Nombre del contratista | **ALDO MARIO CAMPANELLA HERNANDEZ** | | | |
| Identificación del contratista | **72.429.127** | | | |
| Objeto del contrato | PRESTAR LOS SERVICIOS COMO UNIDAD DE APOYO NORMATIVO AL HONORABLE CONCEJAL ANTONIO BOHORQUEZ COLLAZOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE TODAS LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DE CONFORMIDAD A LO DISPUESTO EN LA LEY 617 DE 2000, LAS REGLAS DEL ACUERDO No. 015 DE 2008, MODIFICADO POR EL ACUERDOS No. 020 DE 2017 Y DEMAS NORMAS QUE LO REGLAMENTEN, ADICIONEN O MODIFIQUEN. | | | |
| Plazo | **El plazo de ejecución del contrato será hasta el 31 de diciembre de 2023, a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.** | | | |
| Numero de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P) | **057** | Fecha del C.D.P | **17/01/2023** | |
| Número de Registro Presupuestal (R.P.) | **078** | Fecha del R.P | **03/02/2023** | |

Valor del Contrato

| | |
|---|---|
| **Contrato Inicial** | **$ 46.750.000** |
| Adición 1 | $0 |
| Adición 2 | $0 |
| Adición 3 | $0 |
| **Total** | $ 46.750.000 |

| Fecha de inicio del contrato | Fecha de terminación del contrato | Fecha de Suspensión (dd-MM-yyyy) | Fecha de reinicio (dd-MM-yyyy) |
|---|---|---|---|
| **17/02/2023** | **31/12/2023** | | |

**GARANTIAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA (las solicitadas en el contrato):**

| Amparos | Aseguradora | No de Póliza | Vigencia | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Desde (dd-MM-yyyy) | Hasta (dd-MM-yyyy) |
| Calidad del servicio | | | | |
| Cumplimiento | **SEGUROS DEL ESTADO S.A.S.** | **85-46-101034438** | **06/02/2023** | **30/04/2024** |
| Anticipo | | | | |
| Pago anticipado | | | | |
| Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados | | | | |
| Salarios y prestaciones | | | | |
| Responsabilidad Civil Extracontractual | | | | |

# FORMATO DE INFORME DE GESTIÓN DEL SUPERVISOR

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Otros | | | | |

**EJECUCION DEL CONTRATO**

| Descripción | | Valor |
|---|---|---|
| Valor del Contrato Inicial (IVA incluido) | | $ 46.750.000 |
| Adición No. 1 | | $0 |
| Adición No. 2 | | $0 |
| Adición No. 3 | | $0 |
| Valor Total del Contrato | | $ 46.750.000 |
| Porcentaje del Anticipo | % | $0 |
| Porcentaje del Pago anticipado | % | $0 |
| Valor ejecutado del contrato (incluye el presente cobro): | | $ 8.500.000 |
| Valor por ejecutar (valor total del contrato – valor ejecutado del contrato) | | $ 38.250.000 |
| **Valor a pagar en el presente informe:** | | **$4.250.000** |
| Nota crédito (-): | | $0 |
| N° de factura o cuenta de cobro: | | 002 |

| | |
|---|---|
| **EJECUCIÓN CONTRACTUAL:** | **El informe de ejecución del contratista junto con los soportes del caso se pueden verificar en la Plataforma SECOP II, contrato N° UAN-003-06-2023 y así mismo, los documentos hacen parte del expediente contractual correspondiente.** |
| **CERTIFICA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRATADO y MONITOREO A LA MATRIZ DE RIESGOS DEL CONTRATO:** | **Con el presente Informe certifico que los datos suministrados en este documento los he verificado. Se ha realizado el monitoreo por parte de la supervisión, de acuerdo con el tratamiento y/o control de los riesgos establecidos en la matriz de los estudios previos del contrato, evidenciándose que no hay materialización de los mismos. Lo anterior se verifica a través del informe mensual de actividades del contratista donde se detallan las actividades realizadas, por lo que ratifico el cumplimiento del objeto contratado.**<br><br>**En calidad de supervisor, dejo constancia de que el contratista ejecutó a cabalidad el objeto del contrato conforme a lo señalado en el estudio previo y la propuesta presentada, como también la verificación el pago de impuestos, y de la acreditación del pago de seguridad social, para el período correspondiente.** |

Para mayor constancia se firma en la ciudad de Barranquilla – Atlántico.

**JUAN PABLO COLLANTE FONSECA**
Cédula de ciudadanía No. 1140890836
Subsecretario
Concejo Distrital de Barranquilla