# FORMATO DE INFORME DE GESTIÓN DEL SUPERVISOR

## I. Datos generales del contrato

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **1. Denominación del contrato** | **Informe No.:** | 03 | | | | |
| **Contrato No.:** | CD-11-2024-1543 | | | | | |
| **Nombre del supervisor:** | ANA PAOLA HERRERA DIAZ | | | | | |
| **2. De la etapa contractual** | | | | | | |
| **Tipo de contrato:** | Prestación de servicios X | Obra | Consultoría | Suministro | Otro | |
| **Nombre del contratista:** | JOSE ALFREDO JIMENEZ CERRA | | | | | |
| **No. de identificación del contratista:** | 1066524704 | | | | | |
| **Objeto del contrato:** | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA ADELANTAR LOS DIFERENTES PROCESOS DE LA GESTION OPERATIVA Y FUNCIONAL DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD -PTS, DE LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BARRANQUILLA | | | | | |
| **Plazo:** | El plazo para la ejecución del Contrato será por seis (06) meses, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución dispuestos en el artículo 41 de la Ley 80 de 1993. | | | | | |
| **Número de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P):** | 202400349 | | | | | |
| **Número de Registro Presupuestal (R.P.):** | 202402950-MAR08 | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de inicio del contrato (dd-mm-yyyy)** | **08/03/2024** | **Fecha de suspensión (dd-mm-yyyy)** | **Fecha de reinicio (dd-mm-yyyy)** |
| **Fecha de terminación del contrato (dd-mm-yyyy)** | 07/09/2024 | | |
| **Prorroga No. 1** | | | |
| **Prorroga No. 2** | | | |
| **Prorroga No. 3** | | | |

**3. Garantías 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:** | | | | |

## FORMATO DE INFORME DE GESTIÓN DEL SUPERVISOR

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Cumplimiento:** | | | | |
| **Anticipo:** | | | | |
| **Pago anticipado:** | | | | |
| **Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados:** | | | | |
| **Salarios y prestaciones:** | | | | |
| **Responsabilidad civil extracontractual:** | | | | |
| **Otros:** | | | | |
| **Nota: la vigencia deberá actualizarse acorde a las modificaciones de la póliza.** | | | | |

**4. Ejecución del contrato**

| **Descripción** | | **Valor** |
|---|---|---|
| Valor del contrato inicial (IVA incluido en caso de que aplique): | | $33.000.000 |
| Adición No. 1 | | $ |
| Adición No. 2 | | $ |
| Adición No. 3 | | $ |
| Valor total del contrato: | | $33.000.000 |
| Porcentaje del anticipo: | % | $ |
| Porcentaje del pago anticipado: | % | $ |
| Valor ejecutado del contrato (incluye el presente cobro): | | $ 16.500.000 |
| Valor por ejecutar (valor total del contrato – valor ejecutado del contrato): | | $16.500.000 |
| **Valor a pagar en el presente informe:** | | $ 5.500.000 |
| Nota crédito (-): | | $ |
| No. factura o cuenta de cobro: | | 03 |

## FORMATO DE INFORME DE GESTIÓN DEL SUPERVISOR

II. **Ejecución contractual:** el informe de ejecución del contratista junto con los soportes del caso, se pueden verificar en la plataforma SECOP II, contrato No. **CD-11-2024-1543** así mismo, los documentos hacen parte del expediente contractual correspondiente.

**III. Actividades de tratamiento y monitoreo a la matriz de riesgo del contrato.**

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 de acuerdo a las obligaciones específicas pactadas, las cuales han tenido satisfactorio cumplimiento a la fecha.

**ANA PAOLA HERRERA DIAZ** quien actúa en nombre y representación del **DISTRITO ESPECIAL, INDUSTRIAL Y PORTUARIO DE BARRANQUILLA**, en calidad de supervisor, deja 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 las estampillas distritales y departamentales, y de la acreditación del pago de seguridad social, para el período correspondiente.

Se firma en Barranquilla a los 12 días del mes de junio del 2024.

_____

**ANA PAOLA HERRERA DIAZ**
C.C.: 32767264
Cargo: Jefe de Oficina Atención en Salud
Dependencia: Secretaria de Salud
Correo electrónico: aherrerad@barranquilla.gov.co