# FORMATO DE INFORME DE GESTIÓN DEL SUPERVISOR

## I. Datos generales del contrato

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **1. Denominación del contrato** | **Informe No.:** | 02 | | | | |
| **Contrato No.:** | **CD-11-2024-2991** | | | | | |
| **Nombre del supervisor:** | CARLOS DANIEL CERVANTES SANJUAN | | | | | |
| **2. De la etapa contractual** | | | | | | |
| **Tipo de contrato:** | Prestación de servicios | Obra | Consultoría | Suministro | Otro | |
| **Nombre del contratista:** | **DANNA GABRIEL FONSECA OSPINO** | | | | | |
| **No. de identificación del contratista:** | 1004279590 | | | | | |
| **Objeto del contrato:** | LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BARRANQUILLA | | | | | |
| **Plazo:** | Plazo para la ejecución del contrato será de seis (6) 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):** | **202400813** | | | | | |
| **Número de Registro Presupuestal (R.P.):** | **202405169-MAY15** | | | | | |

| **Fecha de inicio del contrato (dd-mm-yyyy)** | **15/05/2024** | **Fecha de suspensión (dd-mm-yyyy)** | **Fecha de reinicio (dd-mm-yyyy)** |
|---|---|---|---|
| **Fecha de terminación del contrato (dd-mm-yyyy)** | 14 -11-2024 | | |
| **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): | | $ 19.200.000 |
| Adición No. 1 | | $ |
| Adición No. 2 | | $ |
| Adición No. 3 | | $ |
| Valor total del contrato: | | $ |
| ~~Porcentaje del anticipo:~~ | % | $ |
| Porcentaje del pago anticipado: | % | $ |
| Valor ejecutado del contrato ~~(incluye el presente cobro):~~ | | $ 3.200.000 |
| Valor por ejecutar (valor total del contrato – valor ejecutado del contrato): | | $ 16.000.000 |
| **Valor a pagar en el presente ~~informe:~~** | | $ 3.200.000 |
| ~~Nota crédito (-):~~ | | |
| No. factura o c~~uenta de cobro:~~ | | 02 |

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- 2024-2991**así mismo, los documentos hacen parte del expediente contractual correspondiente.

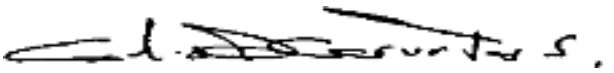
## FORMATO DE INFORME DE GESTIÓN DEL SUPERVISOR

**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.

, 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 14 días del mes de julio del 2024.



**CARLOS DANIEL CERVANTES SANJUAN**
C.C.: 72007891
Cargo: Asesor de Despacho
Dependencia: Secretaria de Salud
Correo electrónico:ccervantesmd@gmail.com