# FORMATO DE INFORME DE GESTIÓN DEL SUPERVISOR

## I. Datos generales del contrato

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **1. Denominación del contrato** | **Informe No.:** | 04 | | | | |
| **Contrato No.:** | CD-11-2024-3352 | | | | | |
| **Nombre del supervisor:** | VANESSA PATRICIA VILORIA ARIZA | | | | | |
| **2. De la etapa contractual** | | | | | | |
| **Tipo de contrato:** | Prestación de servicios X | Obra | Consultoría | Suministro | Otro | |
| **Nombre del contratista:** | LORCY PATRICIA ZAMBRANO MESINO | | | | | |
| **No. de identificación del contratista:** | 32759984 | | | | | |
| **Objeto del contrato:** | LA PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO EN EL FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN Y AUTORIDAD SANITARIA EN SALUD PÚBLICA DE LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BARRANQUILLA | | | | | |
| **Plazo:** | El 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):** | 202400814 | | | | | |
| **Número de Registro Presupuestal (R.P.):** | 202405692-MAY28 | | | | | |
| **Fecha de inicio del contrato (dd-mm-yyyy)** | **28/05/2024** | **Fecha de suspensión (dd-mm-yyyy)** | **Fecha de reinicio (dd-mm-yyyy)** | | | |
| **Fecha de terminación del contrato (dd-mm-yyyy)** | 27/11/2024 | | | | | |
| **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** | | | |

## FORMATO DE INFORME DE GESTIÓN DEL SUPERVISOR

| | | | Desde (dd-mm-yyyy) | Hasta (dd-mm-yyyy) |
|---|---|---|---|---|
| **Calidad del servicio:** | | | | |
| **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): | | $ 15.600.000 |
| Adición No. 1 | | $ |
| Adición No. 2 | | $ |
| Adición No. 3 | | $ |
| Valor total del contrato: | | $ 15.600.000 |
| Porcentaje del anticipo: | % | $ |
| Porcentaje del pago anticipado: | % | $ |
| Valor ejecutado del contrato (incluye el presente cobro): | | $ 10.400.000 |
| Valor por ejecutar (valor total del contrato – valor ejecutado del contrato): | | $ 5.200.000 |

**FORMATO DE INFORME DE GESTIÓN DEL SUPERVISOR**

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **Valor a pagar en el presente informe:** | $ 2.600.000 | |
| | Nota crédito (-): | $ | |
| | No. factura o cuenta de cobro: | 04 | |

**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-11-2024-3352** 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.

VANESSA PATRICIA VILORIA ARIZA 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 9 días del mes de octubre del 2024.

Vanessa Viloria Ariza

**VANESSA PATRICIA VILORIA ARIZA**
C.C.: 1.045.670.909
Cargo: Asesor de Despacho
Dependencia: Secretaria de Salud Distrital
Correo electrónico: vviloria@barranquilla.gov.co