# FORMATO DE INFORME DE GESTIÓN DEL SUPERVISOR

## I. Datos generales del contrato

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **1. Denominación del contrato** | **Informe No.:** | 05 | | | | |
| **Contrato No.** | **CD-11-2025-1904** | | | | | |
| **Nombre del supervisor:** | SANDRA CONCEPCION GONZALEZ MARTINEZ | | | | | |
| **2. De la etapa contractual** | | | | | | |
| **Tipo de contrato:** | Prestación de servicios (X) | Obra | Consultoría | Suministro | Otro | |
| **Nombre del contratista:** | ZAMIRA ROSANIA SOLANO | | | | | |
| **No. de identificación del contratista:** | 22.503.979 | | | | | |
| **Objeto del contrato:** | LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL PROGRAMA DE SALUD MENTAL DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO DE BARRANQUILLA | | | | | |
| **Plazo:** | El plazo para la ejecución del contrato será hasta el (19 ) de Diciembre de 2025, contados a partir del cumplimiento de los resultados de perfeccionamiento y ejecución dispuestos en el artículo 41 de la ley 80 de 1993. | | | | | |
| **Número de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P):** | 20250362020250319 | | | | | |
| **Número de Registro Presupuestal (R.P.):** | 202500491 | | | | | |
| **Fecha de inicio del contrato (dd-mm-yyyy)** | 19-03-2025 | **Fecha de suspensión (dd-mm-yyyy)** | | **Fecha de reinicio (dd-mm-yyyy)** | | |
| **Fecha de terminación del contrato (dd-mm-yyyy)** | 19-12-2025 | | | | | |
| **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** | **Hasta** | | |

## FORMATO DE INFORME DE GESTIÓN DEL SUPERVISOR

| | | | **(dd-mm-yyyy)** | **(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): | | $ 37.440.000 |
| Adición No. 1 | | $ |
| Adición No. 2 | | $ |
| Adición No. 3 | | $ |
| Valor total del contrato: | | $ 37.440.000 |
| Porcentaje del anticipo: | % | $ |
| Porcentaje del pago anticipado: | % | $ |
| Valor ejecutado del contrato (incluye el presente cobro): | | $20.800.000 |
| Valor por ejecutar (valor total del contrato – valor ejecutado del contrato): | | $16.6400.000 |
| **Valor a pagar en el presente informe:** | | $4.160.000 |
| Nota crédito (-): | | $ |
| No. factura o cuenta de cobro: | | 05 |

## 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-11-2025-1904** 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 26 días del mes de AGOSTO del 2025.

Sandra Gonzalez M.

_____

**SANDRA CONCEPCION GONZALEZ MARTINEZ**
**Dependencia: SECRETARIA DE SALUD**
**Referente: Dimensión Social y Salud Mental**
**CEL: 3008023137**