

**FORMATO DE INFORME DE GESTIÓN DEL SUPERVISOR**
**I. Datos generales del contrato**

<b>1. Denominación del contrato</b>	<b>Informe No.:</b>	02			
<b>Contrato No.:</b>	CD-11-2026-2829				
<b>Nombre del supervisor:</b>	ROSA ESCORCIA				
<b>2. De la etapa contractual</b>					
<b>Tipo de contrato:</b>	Prestación de servicios <b>X</b>	Obra	Consultoría	Suministro	Otro
<b>Nombre del contratista:</b>	MONICA PATERNINA DOMINGUEZ				
<b>No. de identificación del contratista:</b>	CC 32.835.597				
<b>Objeto del contrato:</b>	LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA OPTIMIZACIÓN DE LA CALIDAD DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD CON ENFOQUE DE RIESGO EN LAS ACCIONES DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA A LAS EAPB DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD EN EL DISTRITO DE BARRANQUILLA.				
<b>Plazo:</b>	El plazo para la ejecución del Contrato será Seis (06) meses, contado a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución dispuestos en el artículo 41 de la Ley 80 de 1996.				
<b>Número de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P):</b>	202600414				
<b>Número de Registro Presupuestal (R.P.):</b>	202601833				
<b>Fecha de inicio del contrato (dd-mm-yyyy)</b>	19/01/2026	<b>Fecha de suspensión (dd-mm-yyyy)</b>	<b>Fecha de reinicio (dd-mm-yyyy)</b>		
<b>Fecha de terminación del contrato (dd-mm-yyyy)</b>	18/07/2026				
<b>Prorroga No. 1</b>					
<b>Prorroga No. 2</b>					
<b>Prorroga No. 3</b>					
<b>3. Garantías constituidas por el contratista (las solicitadas en el contrato)</b>					
Amparos	Aseguradora	No. de póliza	Vigencia		
			Desde (dd-mm-yyyy)	Hasta (dd-mm-yyyy)	
<b>Calidad del servicio:</b>	N/A	N/A	N/A	N/A	
<b>Cumplimiento:</b>	N/A	N/A	N/A	N/A	
<b>Anticipo:</b>	N/A	N/A	N/A	N/A	
<b>Pago anticipado:</b>	N/A	N/A	N/A	N/A	

**FORMATO DE INFORME DE GESTIÓN DEL SUPERVISOR**

Calidad y funcionamiento de los bienes y equipos suministrados:	N/A	N/A	N/A	N/A
Salarios y prestaciones:	N/A	N/A	N/A	N/A
Responsabilidad civil extracontractual:	N/A	N/A	N/A	N/A
Otros:	N/A	N/A	N/A	N/A

**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):		\$ 25.958.400
Adición No. 1		\$ 0
Adición No. 2		\$ 0
Adición No. 3		\$ 0
Valor total del contrato:		\$ 25.958.400
Porcentaje del anticipo:	%	\$ 0
Porcentaje del pago anticipado:	%	\$ 0
Valor ejecutado del contrato (incluye el presente cobro):		\$ 8.652.800
Valor por ejecutar (valor total del contrato – valor ejecutado del contrato):		\$17.305.600
<b>Valor a pagar en el presente informe:</b>		\$4.326.400
Nota crédito (-):		\$ 0
No. factura o cuenta de cobro:		02

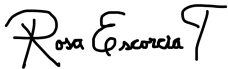
**II. Ejecución contractual:** el informe de ejecución del contratista junto con los soportes del caso, se pueden verificar en la plataforma SECOP II, contrato No. CD-11-2026-2829 así mismo, los documentos hacen parte del expediente contractual correspondiente.

**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 estos. Lo anterior se verifica a través del informe mensual de actividades del contratista de acuerdo con las obligaciones específicas pactadas, las cuales han tenido satisfactorio cumplimiento a la fecha.

## FORMATO DE INFORME DE GESTIÓN DEL SUPERVISOR

**SUPERVISOR CONTRATO** 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 20 días del mes de marzo de 2026.



**ROSA ESCORCIA TORRES**

**C.C.: 22444701**

**Cargo: Jefe Oficina de Aseguramiento**

**Dependencia: Secretaría Distrital Salud.**

**Correo electrónico: aud.asegsalud@barranquilla.gov.co**