# FORMATO DE INFORME DE GESTIÓN DEL SUPERVISOR

## I. Datos generales del contrato

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **1. Denominación del contrato** | **Informe No.:** | 01 | | | | |
| **Contrato No:** | N° CD-11-2026-3570 | | | | | |
| **Nombre del supervisor:** | ROSA ESCORCIA TORRES | | | | | |
| **2. De la etapa contractual** | | | | | | |
| **Tipo de contrato:** | Prestación de servicios | Obra | Consultoría | Suministro | Otro | |
| **Nombre del contratista:** | MARIA MONICA LLINAS BERDUGO | | | | | |
| **No. de identificación del contratista:** | 1.042.999395 | | | | | |
| **Objeto del contrato:** | LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESONALES 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. | | | | | |
| **Plazo:** | EL PLAZO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO SERÁ: HASTA EL VEINTIUNO (21) DE JULIO DE 2026 CONTANDO A PARTIR DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN. | | | | | |
| **Número de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P):** | 202600269 | | | | | |
| **Número de Registro Presupuestal (R.P.):** | 20260312420260122 | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de inicio del contrato(dd-mm-yyyy)** | (22-01-2026) | **Fecha de suspensión (dd-mm-yyyy)** | **Fecha de reinicio (dd-mm-yyyy)** |
| **Fecha de terminación del contrato(dd-mm-yyyy)** | (21-07-2026) | | |
| **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)** |

## FORMATO DE INFORME DE GESTIÓN DEL SUPERVISOR

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **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): | | $25.958.400 |
| Adición No. 1 | | $ |
| Adición No. 2 | | $ |
| Adición No. 3 | | $ |
| Valor total del contrato: | | $ 25.958.400 |
| Porcentaje del anticipo: | $ | $ |
| Porcentaje del pago anticipado: | $ | $ |
| Valor ejecutado del contrato (incluye el presente cobro): | | $ 4.326.400 |
| Valor por ejecutar (valor total del contrato – valor ejecutado del contrato): | | $ 21.632.000 |
| **Valor a pagar en el presente informe:** | | $ 4.326.400 |
| Nota crédito (-): | | $ |
| No. factura o cuenta de cobro: | | **01** |

**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 **CD-11-2026-3570** 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.

ROSA ESCORCIA, 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 17 días del mes de abril del 2026.

Rosa Escorcia T

**ROSA ESCORCIA TORRES**
C.C. 22.444.701
Cargo: Jefe de Oficina
Dependencia: Aseguramiento Secretaría Distrital de Salud
Correo electrónico: rescorcia@barranquilla.gov.co