***Nota: (Diligenciar los cuadros con la información del contrato y acta de inicio)***

| | |
|---|---|
| **Informe de Supervisión No:** | 3 |
| **Contrato No:** | 202600041 |

## 1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contratista:** | JUAN GABRIEL ARREGOCES MONTERO | | |
| **Identificación:** | 77.195.926 | | |
| **Tipo de Contrato:** | PRESTACION DE SERVICIOS | | |
| **Nombre del Supervisor:** | ROSMERY WEDEKING PAEZ | | |
| **Objeto del Contrato:** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL ACOMPAÑAMIENTO Y FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL A LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO, EN LAS ACTIVIDADES Y PROCESOS PROPIOS DE LA SECRETARÍA, PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS LOGROS Y METAS ESTABLECIDAS EN EL PLAN DE DESARROLLO DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO. | | |
| **Plazo de Ejecución:** | El plazo para la ejecución del contrato será por el término de Diez (10) meses, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución. | | |
| **Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)** | **202600230** | **Fecha de C.D.P.** | 08/01/ 2026 |
| **Número de Registro Presupuestal (R.P.)** | **202601021** | **Fecha del R.P.** | 16/01/2026 |
| **Valor del Contrato** | **Contrato Inicial** | 70.000.000 | |
| | **Adición 1** | $ | |
| | **Adición 2** | $ | |
| | **Adición 3** | $ | |
| | **Total** | $70.000.000 | |

| Fecha de inicio del contrato | Fecha de terminación del contrato | Fecha de Suspensión del contrato | Fecha de reinicio |
|---|---|---|---|
| 16 de enero de 2026 | 15 de noviembre de 2026 | | |

### 1.1 MODIFICACIONES DEL CONTRATO

(**Relacionar Adiciones y/u Otro sí, Si aplica)**

| DOCUMENTO | FECHA SUSCRIPCION AAA/MM/DD | PRÓRROGA DEL PLAZO (meses y/o días) | ADICIÓN VALOR ($) | OBSERVACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## 2. GARANTIAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA (según se establezcan en el Contrato)

***Nota: Aplica solo para Informes de supervisión de Bienes y suministros.***

| Aseguradora | No de Póliza | Actualización de Póliza (En caso que aplique) | Amparos | Vigencia | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Desde (yyyy-mm-dd) | Hasta (yyyy-mm-dd) |
| | | | Calidad del servicio | | |
| | | | Cumplimiento | | |
| | | | Anticipo | | |
| | | | Pago anticipado | | |
| | | | Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados | | |
| | | | Salarios y prestaciones | | |
| | | | Responsabilidad Civil Extracontractual | | |
| | | | Otros | | |

## 3. ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO (*)

| DESCRIPCIÓN | | VALOR |
|---|---|---|
| **Valor del Contrato Inicial** | | **$ 70.000.000** |
| **Adición No. 1** | | **$** |
| **Adición No. 2** | | **$** |
| **Adición No. 3** | | **$** |
| **Valor Total del contrato** | | **$ 70.000.000** |
| **Porcentaje del Anticipo** | **%** | **$** |
| **Porcentaje del Pago anticipado** | **%** | **$** |
| **Valor Amortizado del Anticipo** | | **$** |
| **Valor Ejecutado del Contrato** | | **$ 21.000.000** |
| **Valor por ejecutar** | | **$ 49.000.000** |
| **Valor a pagar en el presente Informe** | | **$ 7.000.000** |
| **No. Factura o Cuenta de Cobro** | | **3** |

## 4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO

### 4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 16 DEMARZO DE 2026 AL 15 DE ABRIL DE 2026.

Las actividades desarrolladas por el contratista en el periodo descrito anteriormente, relacionadas con cada una de las obligaciones específicas establecidas en los estudios previos de la contratación se desagregan a continuación y así mismo se detallan las evidencias o soportes, con lo cual se verifica el cumplimiento a satisfacción de la obligación establecida:

| Detalle de las Actividades Realizadas | |
|---|---|
| **Obligación** | **Producto** |
| Gestionar, asistir y contribuir con el correcto desarrollo de los procesos de calidad, aseguramiento y prestación de servicios de la subsecretaria de asesoría y asistencia de seguridad social. | Se gestionó, asistió y se contribuyó el correcto desarrollo de los procesos de calidad, aseguramiento y prestación de servicios de la subsecretaria de asesoría y asistencia de seguridad social. |

| | |
|---|---|
| Gestionar, asistir al realizar una verificación previa de los requerimientos que sean presentados por los distintos actores del SGSS, ante la Secretaria de Salud Departamental. | Se gestionó y asistió en la realización y verificación previa de los requerimientos que fueron presentados por los distintos actores del SGSS, ante la Secretaria de Salud Departamental. |
| Gestionar, asistir al consolidar la información encontrada que permita resolver de fondo los requerimientos que sean presentados por los distintos actores del SGSS ante la Secretaria de Salud Departamental. | Se gestionó y se asistió en la consolidación de la información encontrada que permitió resolver de fondo los requerimientos que fueron presentados por los distintos actores del SGSS ante la Secretaria de Salud Departamental. |
| Gestionar, asistir al mantener el contacto continuo con los enlaces que proporcionan los distintos actores al SGSS, para la debida comunicación e información que soliciten. | Se gestionó y se asistió al mantener el contacto continuo con los enlaces que proporcionan los distintos actores al SGSS, para la debida comunicación e información que soliciten. |
| Gestionar, asistir al realizar el acompañamiento constante en la respuesta oportuna a los requerimientos de los diferentes entes del SGSS allegados a la subsecretaria de asesoría y asistencia en seguridad social. | Se gestionó y se realizó el acompañamiento constante en la respuesta oportuna a los requerimientos de los diferentes entes del SGSS allegados a la subsecretaria de asesoría y asistencia en seguridad social. |
| Gestionar, asistir a la administración departamental especialmente a la secretaria de salud en aquellos temas que se requieran, relacionados con su experiencia profesional conforme a la idoneidad de su hoja de vida. | Se apoyó a la administración departamental especialmente a la secretaria de salud en aquellos temas que se requieran, relacionados con su experiencia profesional conforme a la idoneidad de su hoja de vida. |

***NOTA: Se relacionan las actividades realizadas por el contratista durante el plazo de ejecución del contrato.***

## 5. NOVEDADES O SITUACIONES ANORMALES PRESENTADAS DURANTE EL DESARROLLO DEL CONTRATO

Durante el presente período no se han presentado novedades o situaciones anormales que afecten el desarrollo del contrato.
***(En caso contrario describir la situación y las acciones de la supervisión)***

## 6. RESUMEN DE ACTIVIDADES REALIZADAS POR LA SUPERVISIÓN.

a) Seguimiento financiero y presupuestal del contrato.
b) Conformación, actualización y seguimiento del expediente con la documentación relacionada con la ejecución del contrato.
c) Verificación del pago de Estampillas
d) Verificación de la vigencia de la garantía exigida en el contrato.
e) Verificación y aprobación de los soportes necesarios para el pago.
f) Expedición de la certificación del recibo a satisfacción correspondiente al periodo descrito, de conformidad con el servicio recibido.
g) Trámite de reconocimiento y pago de honorarios ante la Oficina de Contabilidad

Y todas las demás obligaciones del contrato establecidas en los Estudios Previos, Anexos, y el Manual de Contratación.

**7. CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA RELACIONADAS CON EL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y APORTES PARAFISCALES (Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, Leyes 828 de 2003, 1122 de 2007, 1150 de 2007 y 1562 de 2012, Decretos 1072 de 2015 y 1273 de 2018 y demás normas concordantes).**

**ROSMERY EDITH WEDEKING PAEZ,** quien actúa en nombre y representación del Departamento del Atlántico, en calidad de Supervisor, deja constancia que el contratista ejecutó a cabalidad el objeto del contrato conforme a lo señalado en el Estudio previo, y verificó el cumplimiento delas obligaciones del contratista con los sistemas de Seguridad Social Integral en salud, pensiones y riesgos laborales, información que se puede constatar en la planilla , certificación de pago correspondiente al periodo aquí relacionado.

### 7.1 ANEXO CONTROL DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL (*)

| **Número de la Cuenta de Cobro** | **Número de la Planilla** | **Fecha de Pago Planilla** | **Valor Total de la Planilla (sin intereses)** |
|---|---|---|---|
| 1 | 9499868268 | 19/02/2026 | $ 468.900 |
| 2 | 9500092787 | 05/03/2026 | $ 827.300 |
| 3 | 9501811434 | 14/04/2026 | $ 827.300 |
| | | | |
| | SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS | | $ 2.123.500 |

**(La sumatoria total de las planillas sin intereses debe ser igual al pago de la seguridad social sobre el 40% del valor del contrato)**

*NOTA: Aplica para persona natural. Para persona jurídica, anexar certificación del pago de planillas de Seguridad Social por parte del Representante Legal y/o Revisor Fiscal con los soportes asociados.*

Se firma en Barranquilla, a los 20 días del mes de Abril de 2026

**FIRMA DEL SUPERVISOR**
**C.C.: 32.772.787**

**FIRMA DEL CONTRATISTA**
**C.C.: 77.195.926**