

**FORMATO DE INFORME DE GESTIÓN DEL SUPERVISOR**

**I. Datos generales del contrato**

<b>1. Denominación del contrato</b>	<b>Informe No.:</b>	04			
<b>Contrato No.:</b>	CD-11-2026-2818				
<b>Nombre del supervisor:</b>	OLINTA MARIA RUEDA RODRIGUEZ				
<b>2. De la etapa contractual</b>					
<b>Tipo de contrato:</b>	Prestación de servicios X	Obra	Consultoría	Suministro	Otro
<b>Nombre del contratista:</b>	SANDRA ELENA MURIEL GARAY				
<b>No. de identificación del contratista:</b>	32.708.150				
<b>Objeto del contrato:</b>	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA ADELANTAR LOS PROCESOS DE AUDITORIAS DE CUENTAS MEDICAS, ANALISIS Y GESTION DE OBJECIONES DE RESPUESTAS DE GLOSAS, CONCILIACIONES DE GLOSAS, AUDITORIA A LOS SERVICIOS PRESTADOS A LA PPNA, CONSOLIDACIÓN, SISTEMATIZACIÓN, DEPURACIÓN Y CONCILIACIÓN DE CARTERA DE LA FACTURACIÓN RADICADA POR LAS ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD Y LAS ESP-S, DENTRO DE LA GESTIÓN FINANCIERA DE LA OFICINA DE ATENCIÓN EN SALUD DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BARRANQUILLA.				
<b>Plazo:</b>	El plazo para la ejecución del contrato será hasta el 19 de Julio de 2026, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución dispuestos en el artículo 41 de la Ley 80 de 1993				
<b>Número de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P):</b>	202600301 / 202601870				
<b>Número de Registro Presupuestal (R.P.):</b>	202602396 / 202609383				
<b>Fecha de inicio del contrato (dd-mm-yyyy)</b>	(20-01-2026)	<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>	(19-07-2026)				
<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>					
<b>Amparos</b>	<b>Aseguradora</b>	<b>No. de póliza</b>	<b>Vigencia</b>		
			<b>Desde (dd-mm-yyyy)</b>	<b>Hasta (dd-mm-yyyy)</b>	
<b>Calidad del servicio:</b>					
<b>Cumplimiento:</b>					
<b>Anticipo:</b>					
<b>Pago anticipado:</b>					

**FORMATO DE INFORME DE GESTIÓN DEL SUPERVISOR**

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 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):		\$24.960.000
Valor por ejecutar (valor total del contrato – valor ejecutado del contrato):		\$12.480.000
<b>Valor a pagar en el presente informe:</b>		\$ 6.240.000
Nota crédito (-):		\$
No. factura o cuenta de cobro:		04

**I. Ejecución contractual:** el informe de ejecución del contratista junto con los soportes del caso, se pueden verificar en la plataforma SECOP II, contrato No. **No.CD-11-2026-2818** así mismo, los documentos hacen parte del expediente contractual correspondiente.

**II. 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.

## FORMATO DE INFORME DE GESTIÓN DEL SUPERVISOR

**OLINTA MARIA RUEDA RODRIGUEZ** 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 20 días del mes de mayo de 2026.



**OLINTA MARIA RUEDA RODRIGUEZ**

C.C.: 32.748.057

Cargo: Profesional Universitario

Dependencia: Secretaría Distrital de Salud

Correo electrónico: orueda@barranquilla.gov.co