## FORMATO DE INFORME DE GESTION DEL SUPERVISOR

**Código: MAGC –F04**

## I. Datos Generales del Contrato

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **1. DENOMINACION DEL CONTRATO** | **INFORME No.** | 03 | | | |
| **Contrato N°** | CD-11-2021-1141 | | | | |
| **Nombre del Supervisor** | LIGIA INES OVIEDO CASTAÑO | | | | |
| **2. DE LA ETAPA CONTRACTUAL** | | | | | |
| **Tipo de contrato** | Prestación de Servicios X | Obra | Consultoría | Suministro | Otro: |
| **Nombre del contratista** | YESICA YOHANA PINTO PENARANDA | | | | |
| **Identificación del contratista** | 22.476.628 | | | | |
| **Objeto del contrato** | PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA ACOMPAÑAR A LA OFICINA DE SALUD PUBLICA EN LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE PRUEBAS, RASTREO Y AISLAMIENTO SELECTIVO SOSTENIBLE -PRASS QUE LIDERA LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BARRANQUILLA EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA SALUD EN MI CASA APS | | | | |
| **Plazo** | hasta el treinta (30) de abril de 2021, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución dispuestos en el artículo 41 de la Ley 80 de 1993. | | | | |
| **Numero de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)** | No. 202100584 | | | | |
| **Número de Registro Presupuestal (R.P.)** | No. 202101213 | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de inicio del contrato (dd-MM-yyyy)** | 18/02/2021 | **Fecha de Suspensión (dd-MM-yyyy)** | **Fecha de reinicio (dd-MM-yyyy)** |
| **Fecha de terminación del contrato (dd-MM-yyyy)** | 30/04/2021 | | |
| **Prorroga No. 1** | | | |
| **Prorroga No. 2** | | | |
| **Prorroga No. 3** | | | |

**3. GARANTIAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA (las solicitadas en el contrato):**

| **Amparos** | **Aseguradora** | **No de Póliza** | **Vigencia** | |
|---|---|---|---|---|
| | | | **Desde (dd-MM-yyyy)** | **Hasta (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. EJECUCION DEL CONTRATO**

| **Descripción** | | **Valor** |
|---|---|---|
| Valor del Contrato Inicial (IVA incluido) | | $ 11.200.000 |
| Adición No. 1 | | $ |
| Adición No. 2 | | $ |
| Adición No. 3 | | $ |
| Valor Total del contrato | | $ 11.200.000 |
| Porcentaje del Anticipo | % | $ |
| Porcentaje del Pago anticipado | % | $ |
| Valor Ejecutado del Contrato (incluye el presente cobro) | | $ 11.200.000 |
| Valor por ejecutar (valor total del contrato – valor ejecutado del contrato) | | $ 0 |
| **Valor a pagar en el presente Informe** | | $ 4.700.000 |
| Nota Crédito (-) | | $ |
| No. Factura o Cuenta de Cobro | | 03 |

**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-11-2021-1141** estos 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 especificas pactadas, las cuales han tenido satisfactorio cumplimiento a la fecha.

**LIGIA INES OVIEDO CASTAÑO** quien actúa en nombre y representación del DISTRITO ESPECIAL, INDUSTRIAL Y PORTUARIO DE BARRANQUILLA, en calidad de Supervisor, deja constancia que el contratista ejecuto a cabalidad el objeto del contrato conforme a lo señalado en el Estudio previo y la propuesta presentada, como también la verificación del 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 3 días del mes de Mayo 2021

**LIGIA INES OVIEDO CASTAÑO**
C.C. 30.569.628
CARGO: JEFE DE OFICINA
DEPENDENCIA: OFICINA DE SALUD PÚBLICA
EMAIL: loviedo@barranquilla.gov.co