I. Datos Generales del Contrato

1. DENOMINACION DEL CONTRATO	**INFORME No.**	1		
Contrato N°	202101491			
Nombre del Supervisor	Eloina Goenaga Jiménez			
2. DE LA ETAPA CONTRACTUAL				
Tipo de contrato	Prestación de Servicios			
Nombre del contratista	LEYDI PAOLA AMADOR OJEDA			
Identificación del contratista	1.047.230.495			
Objeto del contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA ACOMPAÑAR Y ASISTIR LAS ACCIONES, ACTIVIDADES Y PROCESOS QUE SE LLEVAN A CABO EN EL AREA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA, EN LOS 22 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO.			
Plazo	El plazo para la ejecución del contrato será por ocho (8) meses, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.			
Numero de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	202100915	Fecha del C.D.P	11/03/2021	
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	202102072	Fecha del R.P	(25/03/2021)	
Valor del contrato	Contrato Inicial	$ 21.528.000		
	Adición 1	$		
	Adición 2	$		
	Adición 3	$		
	Total	$ 21.528.000		
Fecha de inicio del contrato	Fecha de terminación del contrato	Fecha de Suspensión	Fecha de reinicio	
(25/03/2021)	(24/11/2021)	(yyyy-mm-dd)	(yyyy-mm-dd)	

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

Amparos	Aseguradora	No de Póliza	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				

4. EJECUCION DEL CONTRATO

Descripción		Valor
Valor del Contrato Inicial		$ 21.528.000
Adición No. 1		$
Adición No. 2		$
Adición No. 3		$
Valor Total del contrato		$
Porcentaje del Anticipo	%	$
Porcentaje del Pago anticipado	%	$
Valor Ejecutado del Contrato		$ 2.691.000
Valor por ejecutar		$ 18.837.000
Valor a pagar en el presente Informe		**$ 2.691.000**
No. Factura o Cuenta de Cobro		**1**

II. Ejecución Contractual:

Se relaciona a continuación las actividades realizadas por el contratista durante el plazo de ejecución del contrato.

Obligación Contractual	Producto
1. Apoyar en la digitación de los datos proveniente de las muestras recepcionadas para su análisis de las aéreas asignadas. 2. Apoyar en la digitación de resultados de los análisis de laboratorio de las muestras procesadas del Laboratorio Departamental de Salud Pública. 3. Mantener habitación del albergue en condiciones higiénicas y de aislamiento para el ingreso de los pacientes. 4. Recibir al paciente previamente identificado según remisión e indicarle lugar en donde estará durante su aislamiento. 5. Verificar con el paciente mediante comunicación telefónica: condición, comorbilidad, medicamentos que esté tomando (dosis, frecuencia, vía) estado de ánimo.	1. Apoyo en la digitación de los datos proveniente de las muestras recepcionadas para su análisis de las aéreas asignadas. 2. Apoyo en la digitación de resultados de los análisis de laboratorio de las muestras procesadas del Laboratorio Departamental de Salud Pública. 3. Mantengo habitación del albergue en condiciones higiénicas y de aislamiento para el ingreso de los pacientes. 4. Recibo al paciente previamente identificado según remisión e indicarle lugar en donde estará durante su aislamiento. 5. Verifico con el paciente mediante comunicación telefónica: condición, comorbilidad, medicamentos que esté tomando (dosis, frecuencia, vía) estado
6. Realizar de entrevistas telefónicas para seguimiento de signos de alarmas. 7. Vigilar permanentemente cumplimiento del aislamiento. 8. Verificar administración de dietas según ordenamiento médico. 9. Vigilar la realización de limpieza y desinfección de la habitación diariamente. 10. Verificar la realización de apoyo psicológico según ordenamiento médico y necesidad.	6. Realizo de entrevistas telefónicas para seguimiento de signos de alarmas. 7. Vigilo permanentemente cumplimiento del aislamiento. 8. Verifico administración de dietas según ordenamiento médico. 9. Vigilo la realización de limpieza y desinfección de la habitación diariamente. 10. Verifico la realización de apoyo psicológico según ordenamiento médico y necesidad.
11. Verificar la realización de toma de muestra de laboratorio. 12. Identificar según entrevistas telefónicas estado de ánimo del paciente y sus posibles angustias. 13. Verificar que el paciente mantenga comunicación telefónica con sus familiares. 14. Verificar entrega de resultados vía telefónica. 15. Entregar boleta de salida al paciente al finalizar su aislamiento.	11. Verifico la realización de toma de muestra de laboratorio. 12. Identifico según entrevistas telefónicas estado de ánimo del paciente y sus posibles angustias. 13. Verifico que el paciente mantenga comunicación telefónica con sus familiares. 14. Verifico entrega de resultados vía telefónica. 15. Entrego boleta de salida al paciente al finalizar su aislamiento.
16. Verificar egreso seguro junto con equipo de traslados. 17. Cumplir con trabajo en equipo 18. Utilizar durante el turno de forma correcta los elementos de protección personal.	16. Verifico egreso seguro junto con equipo de traslados. 17. Cumplo con trabajo en equipo 18. Utilizo durante el turno de forma correcta los elementos de protección personal.

19. Realizar higiene de manos con la técnica correcta durante el turno. 20 Informar oportunamente al jefe inmediato cualquier signo de alarma identificado durante el turno.	19. Realizo higiene de manos con la técnica correcta durante el turno. 20. Informo oportunamente al jefe inmediato cualquier signo de alarma identificado durante el turno.

Los soportes documentales (en los casos que aplique) del desarrollo de las actividades antes mencionadas son los siguientes: N/A.

Eloina Goenaga Jiménez, quien actúa en nombre y representación del DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO, en calidad de Supervisor/Interventor, 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 Departamentales y de la acreditación del pago de seguridad social.

Se firma en Barranquilla, a los (29) días del mes de abril del 2021.

FIRMA DEL SUPERVISOR
Identificación: 32.609.770

FIRMA DEL CONTRATISTA
Identificación: 1.047.230.495