| | | | |
|---|---|---|---|
| Atlántico para la Gente | **INFORME DE GESTION DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR** | **VERSION** | **001** |
| | | **FECHA DE APROBACION** | **2020-01-02** |

## I. Datos Generales del Contrato

| | | | |
|---|---|---|---|
| **1. DENOMINACION DEL CONTRATO** | **INFORME No.** | 01 | |
| Contrato N° | 202101622 | | |
| Nombre del Supervisor | ALMA SOLANO SÁNCHEZ | | |
| **2. DE LA ETAPA CONTRACTUAL** | | | |
| Tipo de contrato | PRESTACION DE SERVICIO | | |
| Nombre del contratista | GISELLA DE LA HOZ TUIRAN | | |
| Identificación del contratista | 1043871337 | | |
| Objeto del contrato | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DE GUARDIANES DE LA SALUD, PARA DESARROLLAR LA PLANIFICACIÓN, ORGANIZACIÓN, IMPLEMENTACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES QUE CONTRIBUYA A LAS INTERVENCIONES REGULARES Y CONTINGENCIALES DE FACTORES RIESGO AMBIENTAL Y COMPORTAMENTALES, A TRAVÉS DE BÚSQUEDA ACTIVA QUE PERMITAN PREVENIR O MINIMIZAR LOS DIFERENTES EVENTOS EN SALUD PÚBLICA, QUE SE PRESENTEN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO | | |
| Plazo | El plazo para la ejecución del contrato será por seis (6 ) meses, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución. | | |
| Numero de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P) | 202100544 | Fecha del C.D.P | (2021-02-11) |
| Número de Registro Presupuestal (R.P.) | 202101622 | Fecha del R.P | (2021-04-08 |
| Valor del contrato | Contrato Inicial: $ 9.000.000<br>Adición 1: $<br>Adición 2: $<br>Adición 3: $<br>Total: $ 9.000.000 | | |

| Fecha de inicio del contrato | Fecha de terminación del contrato | Fecha de Suspensión | Fecha de reinicio |
|---|---|---|---|
| (2021-04-08) | (2021-10-07) | (yyyy-mm-dd) | (yyyy-mm-dd) |

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

| Amparos | Aseguradora | No de Póliza | Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|---|---|---|
| | | | yyyy-mm-dd) | (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 | | $ 9 000 000 |
| Adición No. 1 | | $ |
| Adición No. 2 | | $ |
| Adición No. 3 | | $ |
| Valor Total del contrato | | $ 9 000 000 |
| Porcentaje del Anticipo | % | $ |
| Porcentaje del Pago anticipado | % | $ |
| Valor Ejecutado del Contrato | | $ 1.500.000 |
| Valor por ejecutar | | $ 7.500.000 |
| **Valor a pagar en el presente Informe** | | **$ 1.500.000** |
| No. Factura o Cuenta de Cobro | | 01 |

**II. Ejecución Contractual:**

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

| Obligación Contractual | Producto |
|---|---|
| 1) Realizar demanda inducida y seguimiento a la población de los municipios Y corregimiento de Departamento del Atlántico que son objeto de vacunación contra el Covid-19. | No se ha llevado a cabo la práctica de esta actividad |
| 2) Realizar visitas domiciliarias según se requieran con el objetivo de identificar factores de riesgo y búsqueda activa de casos de eventos de interés en salud pública | No he iniciado el programa de búsqueda activa |
| 3) Desarrollar acciones educativas individuales y colectivas encaminadas a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia epidemiológica de los eventos de salud pública prevalentes en el municipio y corregimientos | No se ha realizado el plan de acciones educativas |
| 4) Apoyar todas las acciones de la Oficina de Salud pública extramurales que se requieran para el control de los eventos de interés en salud pública | Me encuentro apoyando en el grupo de BAC, realizando formatos y Rotulando los datos de las personas que lleguen a realizarse la prueba covid 19 en diferentes municipios. |
| 5) Ejecutar jornadas educativas y otras que se requieran de acuerdo a las necesidades particulares de apoyo de la Secretaria de Salud departamental. | el programa de jornada educativo aún no se ha ejecutado |
| 6) Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor con relación a su objeto contractual | Trabajé en los informes de mis actividades durante el mes, con pruebas de fotos y formatos que utilizamos en cada evento. enviándoselos al supervisor por correo |

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

**(ALMA SOLANO SÁNCHEZ)**, 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 25 dias del mes de mayo 2021

**FIRMA DEL SUPERVISOR**
**ALMA SOLANO SÁNCHEZ**
**identificación:** 32796348

**FIRMA DEL CONTRATISTA**
**GISELLA DE LA HOZ TUIRAN**
**Identificación:** 1043871337