1. **Datos Generales del Contrato**

1. DENOMINACION DEL CONTRATO	**INFORME No.**	**02**	
Contrato N°	**202101153**		
Nombre del Supervisor	**ELOINA GOENAGA JIMENEZ**		
2. DE LA ETAPA CONTRACTUAL			
Tipo de contrato	**PRESTACION DE SERVICIOS**		
Nombre del contratista	**AURA MARIA LLANOS CALDERIN**		
Identificación del contratista	**32777726**		
Objeto del contrato	Prestación de servicios profesionales para el acompañamiento en la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades emergentes – remergentes y desatendidas – Tuberculosis mediante las acciones que lleva a cabo la subsecretaria de salud pública en los municipios del departamento del Atlántico para el fortalecimiento y cumplimiento de los planes y programas establecidos en el plan de desarrollo.		
Plazo	El plazo para la ejecución del contrato será de (6) meses, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.		
Numero de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	**202100430**	Fecha del C.D.P	**(03-02-2021)**
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	**202101495**	Fecha del R.P	**(02-03-2021)**
Valor del contrato	Contrato Inicial	**$ 16.116.000**	
	Adición 1	$	
	Adición 2	$	
	Adición 3	$	
	Total	**$ 16.116.000**	

Fecha de inicio del contrato	Fecha de terminación del contrato	Fecha de Suspensión	Fecha de reinicio
(02-03-2021)	**(01-09-2021)**		

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	NO APLICA	NO APLICA		
Cumplimiento	NO APLICA	NO APLICA		
Anticipo	NO APLICA	NO APLICA		

Pago anticipado	NO APLICA	NO APLICA		
Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados	NO APLICA	NO APLICA		
Salarios y prestaciones	NO APLICA	NO APLICA		
Responsabilidad Civil Extracontractual	NO APLICA	NO APLICA		
Otros	NO APLICA	NO APLICA		

4. EJECUCION DEL CONTRATO

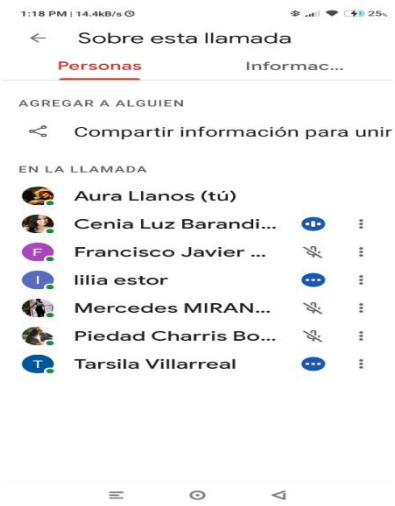
Descripción		Valor
Valor del Contrato Inicial		$ **16.116.000**
Adición No. 1		$
Adición No. 2		$
Adición No. 3		$
Valor Total del contrato		$ **16.116.000**
Porcentaje del Anticipo	%	$
Porcentaje del Pago anticipado	%	$
Valor Ejecutado del Contrato		$ **5.372.000**
Valor por ejecutar		$ **10.744.000**
Valor a pagar en el presente Informe		**$ 2.686.000**
No. Factura o Cuenta de Cobro		**Pago parcial N° 2**

I. Ejecución Contractual:

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

Actividades	Evidencia Fotográfica
Se le realizo visita de seguimiento a cada paciente y sus Contactos. Al momento de la visita no se hallaron SR se realiza educación sobre signos y síntomas de la TB, cuidados, medio de contagio y que hacer en caso de presentar los síntomas. en los siguientes municipios:	**Se realiza visita virtual por primera vez a los siguientes pacientes quienes informan estar recibiendo su medicamento de maneral puntual de la ESE que corresponde:** **-Municipio de malambo:** Daniela Monroy Vázquez Carlos Viloria Pila Alfredo Medina Gutiérrez **-Campo de la Cruz:** Ana Márquez Leguía

	Genesis Ortiz Álvarez **-Ponedera:** Gabriel López Martinez **-Santo Tomas:** Fredy Gutiérrez Molina **-Palmar de Varela:** Jaime Fontalvo salas **-Sabanagrande:** Carlos Hernández García **-Piojo:** Carlos Imitola Herrera **-Polonuevo:** Agelvis Fontalvo Herrera **-Puerto Colombia:** Sony Arzuaje Canelo
Se visitaron 11 municipios en los que se recopilo información para actualizar la base de datos del año actual con datos de ingresos de nuevos pacientes en el programa de TUBERCULOSIS	De manera virtual se logra contacto con las jefes encargadas del programa en cada ese de los municipios de la vía oriental para solicitar hallazgos relacionados con los pacientes y notificar las visitas realizadas a los pacientes, sus contactos y los hallazgos encontrados durante esta.
Recibir la información de los casos de TB que ingresan al programa y entregar la investigación de campo, semanalmente.	Se entregan planillas de Visitas de Seguimiento a los casos de Tuberculosis sensible reportados al programa, TB con el fin de mantener actualizada la base de datos Se entrega informe mensual de avance de las actividades según los indicadores de referencia.
Se asiste a reuniones programadas por la coordinadora del programa para organizar actividades y actualizar conocimientos	• Reunión del programa con la dra Magda Lucy perez el día 09 de abril hora: 07 am http://meet.google.com/gxp-ywic-kog

Apoyar todas las actividades del programa de Tuberculosis.	Apoyo a la jefe mercedes en visita técnica realizada al municipio de santa lucia realizada de manera virtual el día 22 de abril Hora 01pm https://meet.google.com/igr-wqdg-ynrhttps://meet.google.com/igr-wqdg-  • Apoyo a la jefe Diana dederle en visita realizada al municipio de suan de manera virtual https://us05web.zoom.us/j/83443818959?pwd=NXRJbHVyclRaZEJnSkUxdHl2NlJDdz09 

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

ELOINA GOENAGA JIMENEZ, 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, el 2 de junio de 2021.

FIRMA DEL SUPERVISOR
Identificación: 32.609.770

FIRMA DEL CONTRATISTA
Identificación: 32777726