I. Datos Generales del Contrato

1. DENOMINACION DEL CONTRATO	**INFORME No.**	2	
Contrato N°	**N° 202101207**		
Nombre del Supervisor	ELOINA GOENAGA JIMENEZ		
2. DE LA ETAPA CONTRACTUAL			
Tipo de contrato	Prestación de servicios X	Otro:	
Nombre del contratista	**JOSE ALEJANDRO SILVA IBARRA**		
Identificación del contratista	8.635.799		
Objeto del contrato	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA ASISTIR Y ACOMPAÑAR LA PREVENCIÓN PRIMARIA. PROMOCIÓN. INSPECCIÓN. VIGILANCIA Y CONTROL DE LAS ETV Y ZOONOSIS. MEDIANTE LOS DIFERENTES PROCESOS QUE LLEVA A CABO LA SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA EN LOS 22 MUNICIPIOS DEL 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)	202100549	Fecha del C.D.P	11/02/2021
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	202101713	Fecha del R.P	12/03/2021
Valor del contrato	Contrato Inicial: $ 11.178.000 Adición 1: $ Adición 2: $ Adición 3: $ Total: $ 11.178.000		
Fecha de inicio del contrato	Fecha de terminación del contrato	Fecha de Suspensión	Fecha de reinicio
12/03/2021	11/09/2021		

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

4. EJECUCION DEL CONTRATO

Descripción		Valor
Valor del Contrato Inicial		$ 11.178.000.oo
Adición No. 1		$
Adición No. 2		$
Adición No. 3		$
Valor Total del contrato		$11178.000.oo
Porcentaje del Anticipo	%	$
Porcentaje del Pago anticipado	%	$
Valor Ejecutado del Contrato		$ 3.726.000.oo
Valor por ejecutar		$ 7.542.000.oo
Valor a pagar en el presente Informe		**$ 1.863000.oo**
No. Factura o Cuenta de Cobro		2

II. Ejecución Contractual:

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

Obligación Contractual	Producto
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA ASISTIR Y ACOMPAÑAR LA PREVENCIÓN PRIMARIA, PROMOCIÓN, INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LAS ETV Y ZOONOSIS, MEDIANTE LOS DIFERENTES PROCESOS QUE LLEVA A CABO LA SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA EN LOS 22 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO	1. Entrega de Biológicos 2. Vacunación Barrio Evaristo Sourdis . 3. Vacunación Barrio Evaristo Sourdis 4. Vacunación Barrio Evaristo Sourdis. 5. Vacunación Barrio Evaristo Sourdis. 6. Apoyo en el Corregimiento de Leña. 7. Vacunación Barrio Las Melisas. 8. Vacunación Barrio Las Melisas. 9. Vacunación Barrio Jagüey de Villa. 10. Vacunación Barrio San Antonio 11. Vacunación vereda el Mirador.

	12. Vacunación Barrio Las Américas. 13. Vacunación Barrio El Pradito y Colinas. 14. Vacunación Barrio Las Colinas. 15. Vacunación Barrio Villa Carmen. 16. Vacunación Barrio Villa Esperanza. 17. Apoyo en el Municipio de Repelón. 18. Apoyo en el Municipio de Galapa. 19. Vacunación Barrio Villa Esperanza. 20. Apoyo Corregimiento de Las Compuertas. Total viviendas intervenidas Cuatrocientas treinta y una (431) Viviendas. Total Perros Vacunados : 422 Total Gatos Vacunados: 158.

Los soportes documentales (en los casos que aplique del desarrollo de las actividades antes

ELOINA GOENAGA JIMENEZ quien actúa en nombre y representación del DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO, en calidad de Supervisor interventor, deja constancia 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 del pago de las Estampillas Departamentales y de acreditación del pago de seguridad social.

Se firma a los doce (12) días del mes de Mayo de 2.021.



FIRMA DEL SUPERVISOR
Identificación. 32.609.770



FIRMA DEL CONTRATISTA
Identificación: 8.635.799