## I. Datos Generales del Contrato

| | | | |
|---|---|---|---|
| **1. DENOMINACION DEL CONTRATO** | **INFORME No.** 1 | | |
| Contrato N° | **202102019** | | |
| Nombre del Supervisor | **ELOINA GOENAGA JIMENEZ** | | |
| **2. DE LA ETAPA CONTRACTUAL** | | | |
| Tipo de contrato | **PRESTACION DE SERVICIOS** | | |
| Nombre del contratista | **RITA ISABEL DAZA OLIVARES** | | |
| Identificación del contratista | **55.221.133** | | |
| 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.) | **202102997** | Fecha del R.P | **2021-05-20** |
| 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 |
|---|---|---|---|
| **20/05/2021** | **19/10/2021** | **NA** | **NA** |

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

| Amparos | Aseguradora | No de Póliza | Vigencia Desde (yyyy-mm-dd) | Vigencia 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 | | **$ 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 | | **1** |

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 del Departamento del Atlántico que son objeto de vacunación contra el Covid-19. | - Se realizaron búsquedas activas varios sectores en elMunicipio de Piojo.<br>- Se realizaron búsquedas activas en varios sectores del corregimiento de Lara. |
| **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. | - Se realizaron visitas en distintos varios del municipio de piojo, en búsqueda de personas mayores de 55 años para vacunación de covid19.<br>- Se realizaron visitas en distintos barrios del municipio de piojo, en búsqueda de personas mayores de 55 años para vacunación de covid19.<br>- Se realizaron visitas en distintos barrios del Municipio de Piojo.<br>- Se realizaron visitas domiciliarias varios en el corregimiento de Lara. |
| **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 REALIZARON |
| **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. | - apoyo a las ESS. Hospital del Municipio de Piojo.<br>- acompañamiento a las ESS Hospitales del Municipio de Piojo.<br>- apoyo a las ESS Hospital en la vacunación de |

| | |
|---|---|
| | covid19 en el corregimiento de aguas vivas.<br>- apoyo a las ESS Hospital en la vacunación de covid19 en el corregimiento del cerrito.<br>- apoyo a las ESS Hospital en la vacunación de covid19 en el corregimiento de hibacharo.<br>- apoyo en la vacunación de covid19 en el municipio de piojo. |
| **5.** Ejecutar jornadas educativas y otras que se requieran de acuerdo a las necesidades particulares de apoyo de la Secretaria de Salud departamental. | - Jornada de Vacunación de covid19 el en Barrio Domino Grande a personas mayores de 50 años.<br>- Jornada de vacunación en el corregimiento de Hibachero.<br>- Acompañamiento a las ESS en la vacunación de covid19 en el Municipio de Piojo. |
| **6.** Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor con relación a su objeto contractual. | NO SE REALIZARON |

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, a los **(28)** días del mes de **JUNIO** de **2021**.

Goenaga 28/06

**FIRMA DEL SUPERVISOR**

**Identificación:** 32.609.770

Rita Daza Olivarez

**FIRMA DEL CONTRATISTA**

**Identificación: 55.221.133**