## I. Datos Generales del Contrato

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **1. DENOMINACION DEL CONTRATO** | **INFORME No.** | 4 | | |
| Contrato N° | 202100532 | | | |
| Nombre del Supervisor | ELOINA GOENAGA JIMENEZ | | | |
| **2. DE LA ETAPA CONTRACTUAL** | | | | |
| Tipo de contrato | Prestación de Servicios X | Otro: | | |
| Nombre del contratista | ANGIE CAROLINA RODRIGUEZ ROMERO | | | |
| Identificación del contratista | 1045739160 | | | |
| Objeto del contrato | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO EN LAS ACCIONES Y ACTIVIDADES QUE SE LLEVAN A CABO EN EL AREA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA, EN LOS 22 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO" | | | |
| Plazo | El plazo para 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) | 202100180 | Fecha del C.D.P (dd-MM-yyyy) | 15/01/2021 | |
| Número de Registro Presupuestal (R.P.) | 202100629 | Fecha del R.P (dd-MM-yyyy) | 03/02/2021 | |
| Valor del contrato | Contrato Inicial | $ 20.700.000 | | |
| | Adición 1 | $ | | |
| | Adición 2 | $ | | |
| | Adición 3 | $ | | |
| | Total | $ 20.700.000 | | |
| Fecha de inicio del contrato *03/02/2021* | Fecha de terminación del contrato 02/08/2021 | Fecha de Suspensión (dd-MM-yyyy) | Fecha de reinicio (dd-MM-yyyy) | |
| | | | | |

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

| Amparos | Aseguradora | No de Póliza | Vigencia | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Desde (dd-MM-yyyy) | Hasta (dd-MM-yyyy) |
| 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 |

| Descripción | | Valor |
|---|---|---|
| Valor del Contrato Inicial | | $20.700.000 |
| Adición No. 1 | | $ |
| Adición No. 2 | | $ |
| Adición No. 3 | | $ |
| Valor Total del contrato | | $ 20.700.000 |
| Porcentaje del Anticipo | % | $ |
| Porcentaje del Pago anticipado | % | $ |
| Valor Ejecutado del Contrato | | $ 6,900.000 |
| Valor por ejecutar | | $ 13.800.000 |
| **Valor a pagar en el presente Informe** | | **$ 3.450.000** |
| No. Factura o Cuenta de Cobro | | 4 |

## II. Ejecución Contractual:

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

| Obligación Contractual | Producto |
|---|---|
| 1. Garantizar Que Todas Las Personas De La Comunidad Aeroportuaria, Incluidos Los Viajeros, Cumplan Con Las Recomendaciones De Autocuidado Emitidas Por El Ministerio De | Se enfatizó en el: - Distanciamiento físico - Lavado constante de manos<br>- Evitar tocarse ojos, nariz y boca síntomas compatibles con el coronavirus<br>- Uso permanente de tapaboca |

| | |
|---|---|
| Salud Y Protección Social Para La Prevención Del Coronavirus Covid - 19. | |
| Estar Atentos La Aparición De Signos O Síntomas Compatibles Con El Coronavirus Covid 19, A Través De La Autobservación | Se realiza recorrido dentro de los muelles nacionales e internacionales para vigilancia de pasajeros dentro del aeropuerto observando se presenta posibles signos de alarma |
| . Notificar Por Medio Del Formato Establecido, Al Equipo De Rastreo Para El Seguimiento De Caso Y Garantizar El Aislamiento Preventivo Por 14 Días. | Se realiza captación de pasajeros que ingresan al país sin resultado de prueba PCR para COVID19 solicitada por migración Colombia dentro del aeropuerto. Se toman datos y se notifican a supervisora de equipos de rastreo para su posterior seguimiento por telesalud |
| Las Demás Que Sean Asignadas Por Sl Supervisor Conforme Al Objeto Contractual. | |

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

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

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 (03) días del mes de JUNIO de 2021.

**FIRMA DE LA SUPERVISORA**
**Identificación:** 32.609.770

**FIRMA DEL CONTRATISTA**
**Identificación: 1045739160**