## I. Datos Generales del Contrato

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **1. DENOMINACION DEL CONTRATO** | **INFORME No.** | **3** | | |
| Contrato N° | **202100716** | | | |
| Nombre del Supervisor | **ELOINA GOENAGA JIMENEZ** | | | |
| **2. DE LA ETAPA CONTRACTUAL** | | | | |
| Tipo de contrato | **PRESTACION DE SERVICIOS** | | | |
| Nombre del contratista | **MARIA Victoria Cabello Conde** | | | |
| Identificación del contratista | **22609702** | | | |
| Objeto del contrato | **Prestación de servicios de apoyo a la gestión para el acompañamiento en la promoción integral dela salud, en atención al programa ampliado de inmunizaciones (PAI),en los diferentes procesos que lleva acabo 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 EJECUCION DEL CONTRATO: El plazo para la ejecución del contrato será por cinco (5) meses contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.** | | | |
| Numero de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P) | **202100285** | Fecha del C.D.P | **(2021-01-22)** | |
| Número de Registro Presupuestal (R.P.) | **202101069** | Fecha del R.P | **(2021-02-17)** | |
| Valor del contrato | Contrato Inicial | **$ 13.455.000** | | |
| | Adición 1 | $ | | |
| | Adición 2 | $ | | |
| | Adición 3 | $ | | |
| | Total | **$ 13.455.000** | | |
| Fecha de inicio del contrato | Fecha de terminación del contrato | 0Fecha de Suspensión | Fecha de reinicio | |
| **(2021-02-17)** | **(2021-07-16)** | | | |

**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 | 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 | | **$ 13.455.000** |
| Adición No. 1 | | $ |
| Adición No. 2 | | $ |
| Adición No. 3 | | $ |
| Valor Total del contrato | | $ **13.455.000** |
| Porcentaje del Anticipo | % | $ |
| Porcentaje del Pago anticipado | % | $ |
| Valor Ejecutado del Contrato | | $ **8.073.000** |
| Valor por ejecutar | | $ 5.382.000 |
| **Valor a pagar en el presente Informe** | | **$ 2.691.000** |
| No. Factura o Cuenta de Cobro | | **Pago parcial # 3** |

**II. Ejecución Contractual:**

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

| Obligación Contractual | Producto | Evidencia Fotográfica |
|---|---|---|
| *Apoyo a las actividades del programa PAI y demás que se le asignen de acuerdo con las competencias* | *Se realizó acompañamiento ala ESE CEMINSA en la campaña de sarampión rubeola vacunación a niños de 6 meses a 10 años en los diferentes centros de salud de Sabanalarga*<br><br>*Canalización y Vacunación con sarampión rubeola a niños de 6 meses a 10 años casa a casa en los barrios de Sabanalarga como indican los lineamientos* | <br> |
| | | |

| | | |
|---|---|---|
| *Apoyo a la campaña de vacunación sarampión rubeola a realizarse de acuerdo con los lineamientos del ministerio de salud y protección social* | *Se realizó canalización en los barrios de Sabanalarga captación y remisión para aplicación de vacuna covid 19*<br><br>*Vacunación a niños de 0 a 5 años, con esquema regular de vacunación en los diferentes puestos de salud de la ESE CEMINSA.*<br><br>*Vacunación a mujeres en edad fértil de 9 a 18 años con VPH de acuerdo con los lineamientos* |  |
| *Apoyo a la Campaña de vacunación con fiebre amarilla a realizarse de acuerdo con los lineamientos deministerio de salud y protección social.* | *Vacunación casa a casa a niños de 0 a 5 años con esquema regular de vacunación de acuerdo con los lineamientos de salud.*<br><br>*Vacunación casa a casa a niños de 18 meses con la vacuna de fiebre amarilla dosis única* |  |

**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 26 días del mes de Julio del 2021.

**ELOINA GOENAGA JIMENEZ**
**FIRMA DEL SUPERVISOR**
**Identificación:** 32.609.770

**MARIA VICTORIA CABELLO CONDE**
**FIRMA DEL CONTRATISTA**
**Identificación: 22609702**