## I. Datos Generales del Contrato

| | | | |
|---|---|---|---|
| **1. DENOMINACION DEL CONTRATO** | **INFORME No.** | **2** | |
| Contrato N° | **202100711** | | |
| Nombre del Supervisor | **ELOINA GOENAGA JIMENEZ** | | |
| **2. DE LA ETAPA CONTRACTUAL** | | | |
| Tipo de contrato | **PRESTACION DE SERVICIOS** | | |
| Nombre del contratista | **Gina Marriaga Berrio** | | |
| Identificación del contratista | **32.672.369** | | |
| 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 l 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: plazo para la ejecución del contrato será cinco ( 5 ) meses, contados apartir del cumplimiento de los documentos requeridos de perfeccionamiento y ejecución.** | | |
| Numero de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P) | **202100285** | Fecha del C.D.P | **(2021-01-22)** |
| Numero de Registro Presupuestal (R.P.) | **202100929** | Fecha del R.P | **(2021-02-12)** |
| Valor del contrato | Contrato Inicial: **$ 13.455.000**<br>Adición 1: $<br>Adición 2: $<br>Adición 3: $<br>Total: **$ 13.455.000** | | |

| Fecha de inicio del contrato | Fecha de terminación del contrato | 0Fecha de Suspensión | Fecha de reinicio |
|---|---|---|---|
| **(2021-02-12)** | **(2021-07-10)** | | |

**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 | | $5.382.000 |
| Valor por ejecutar | | $ 8.073.000 |
| **Valor a pagar en el presente Informe** | | **$ 2.691.000** |
| No. Factura o Cuenta de Cobro | | **Pago parcial # 2** |

## 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 jornada de vacunación centro comercial plaza del sol* | Apoyo en el proceso de vacunación contra el covid 19 con vacuna sinovac en adultos mayores de 70 años |  |
| *Apoyo jornada de vacunación clínica Adela de Char* | Apoyo en proceso de vacunación contra el covid-19 con vacuna Pfizer en el municipio de soledad clínica Adela de Char |  |




JCASTRO-024
000495682-AE

| | | |
|---|---|---|
| *Apoyo jornada de vacunación centro comercial carnaval* | Apoyo en proceso de vacunación contra el covid 19 con vacuna sinovac en adultos mayores mayores de 70 años |  |




JCASTRO-024
000495682-AE

| | | |
|---|---|---|
| *Censo y canalización en el municipio de soledad en el barrio ciudad paraiso* | Busqueda de dulto mayor de 80 años para la socialización e inscripcion de los datos respectivos para la vacunación contra el covid – 19 |  |
| *Vacunación esquema regular* | Vacunación casa a casa en niños de 0 a 5 años con vacunas de esquema regular (1ra pentavalente 2da pentavalente 3ra pentavalente 1 año 18 meses 5 años )<br>Mujeres en edad fértil vacunación con VPH en niñas de 9 a 18 años |  |




ISO 9001 icontec internacional
NIT: 890.102.006-1
Código Postal: 080003
Código DANE: 08-000

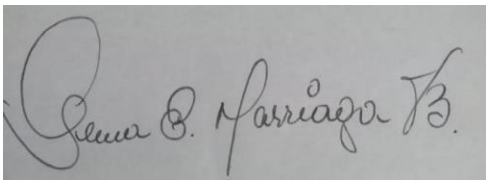
Calle 40 45-46 Barranquilla, Atlántico | Tel. (57)(5)330 7000
Línea Gratuita 01 8000 425 888 | gobernador@atlantico.gov.co
Atlántico para la Gente
atlantico.gov.co

**E LOINA 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 12 días del mes de ABRIL del 2021



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



**Gina Marriaga Berrío**
**FIRMA DEL CONTRATISTA**
**Identificación: 32.672.369**