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

I. Datos Generales del Contrato

1. DENOMINACION DEL CONTRATO	**INFORME No.**	5	
Contrato N°	202100720		
Nombre del Supervisor	**ELOINA GUENAGA JIMENEZ**		
Tipo de contrato	**PRESTACION DE SERVICIOS**		
Nombre del contratista	**Paula Cervantes Borrero**		
Identificación del contratista	55300842		
Objeto del contrato	**Por la prestación de servicios de apoyo a la gestión para el acompañamiento en la promoción integral de la salud, en atención al programa ampliado de inmunizaciones (PAI) en los diferentes procesos que lleva acabo la subsecretaría de salud pública en los Municipios del Departamento del Atlántico.**		
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**		
Número de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	**202100285**	Fecha del C.D.P	**(2021-01-22)**
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	**202100943**	**Fecha del R.P**	**(2021-02-12)**
Valor del contrato	Contrato Inicial	$ 13.455.000	
	Total	**$ 13.455.000**	

Fecha de inicio del contrato	Fecha de terminación del contrato	Fecha de Suspensión	Fecha de reinicio
(2021-02-12)	(2021-07-11)		

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

Amparos	Aseguradora	No de Póliza	Desde (yyyy-mm-dd)	Hasta (yyyy-mm-dd)
Calidad del servicio	NO APLICA	NO APLICA		
Cumplimiento	NO APLICA	NO APLICA		
Anticipo				
Pago anticipado	NO APLICA	NO APLICA		
Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados	NO APLICA	NO APLICA		
Salarios y prestaciones				
Responsabilidad Civil Extracontractual				
Otros				

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		$ 13.455.000
Valor por ejecutar		$ 0
Valor a pagar en el presente Informe		$ 2.691.000
No de factura o cuenta de cobro		Cuenta de cobro Final No 5

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
Captar adultos mayores,para vacunar contra el Covid 19, en los diferentes Municipios del Departamento del Atlántico. . *Del mismo modo, se debe vacunar ceñidos a el esquema de vacunación actualizados que determinan los entes gubernamentales de Salud de Colombia, cuya vacunación se realiza específicamente en el Departamento del Atlántico.*	**Semana del 12 al 19 de Junio del 2021:** ✓ Vacunación casa a casa en el Municipio de Soledad, aplicando la vacuna contra el Sarampión y Rubeola, en los Barrios Ciudadela Metropolitana y Normandía. Niños de 6 meses a 11 años: Casas visitadas: 310 Dosis aplicadas: 207 TOTAL DOSIS APLICADAS: 207 **Semana del 20 al 27 de Junio del 2021:** ✓ Vacunación casa a casa en el Municipio de Santo Tomás, aplicando la vacuna contra el Sarampión y Rubeola, en los Barrios, 7 Agosto, Buena Esperanza, Las Palmeras, Altamira, El Carmen. Niños de 6 meses a 11 años:Casas visitadas: 180 Dosis aplicadas: 92 **TOTAL DOSIS APLICADAS: 92**	 

.

Asimismo, se hace inclusión para la aplicación de las diferentes vacunas contra el covid 19, en los diferentes Municipios del Departamento del Atlántico.

Semana del 28 de Junio al 03 de Julio del 2021:

- ✓ Vacunación casa a casa en el Municipio de Santo Tomás, aplicando la vacuna contra el Sarampión y Rubeola, en los Barrios, San José, Los cocos, Villa Nueva, Villa Clarentina, 20 de Julio, Barrizal, Calle del Avispero.

  Niños de 6 meses a 11 años: Casas visitadas: 171
  Dosis aplicadas: 67

  TOTAL DOSIS APLICADAS: 67



Semana del 04 al 11 de Julio del 2021:

- ✓ Vacunación casa a casa en el Municipio de Soledad, aplicando la vacuna contra el Sarampión y Rubeola, en los Barrios, Los Cedros, Villa Muvdy Puerto Cumbia, La Bonga.

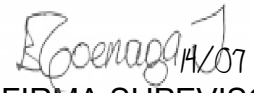
  Niños de 6 meses a 11 años: Casas visitadas: 220
  Dosis aplicadas: 109

  TOTAL DOSIS APLICADAS: 109



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.



FIRMA SUPEVISOR
CC 32.609.770



FIRMA CONTRATISTA
CC 55300842

Se firma en Barranquilla, a los 14 días del mes de Julio del 2021.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	55300842
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	PAULA PATRICIA CERVANTES BORRERO CERVANTES BORRERO		
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CALLE 96 # 24 -31	TELÉFONO:	5555555
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4402019922**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2021	SALUD:	AÑO:	2021
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/07/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1071218725

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 172.300
SUBTOTAL:			1	**$ 172.300**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890102044	CCFC55	CCFC55- CAJACOPI ATLANTICO	1	$ 134.600
SUBTOTAL:			1	**$ 134.600**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800226175	14-25	14-25-COLMENA	1	$ 26.300
SUBTOTAL:			1	**$ 26.300**

TOTAL PAGADO:	**$ 333.200**