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 DELCONTRATO	**INFORME No.**	1		
Contrato N°	**202101765**			
Nombre del Supervisor	**ALMA SOLANO SANCHEZ**			
2. DE LA ETAPACONTRACTUAL				
Tipo de contrato	**PRESTACION DE SERVICIOS**			
Nombre del contratista	**YENNIFER ROMERO PEREZ**			
Identificación del contratista	**1143132007**			
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 ejecucion			
Numero de Certificado de Disponibilidad Presupuestal(C.D.P)	**202100544**	Fecha del C.D.P	**2021-02-11**	
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	**202102598**	Fecha del R.P	**2021-22-04**	
Valor del contrato	Contrato Inicial	**$ 9`000.000**		
	Adición 1	**$**		
	Adición 2	$		
	Adición 3	$		
	Total	$ **9`000.000**		

Fecha de inicio del contrato	Fecha de terminación del contrato	Fecha de Suspensión	Fecha de reinicio
22/04/2021	**21/10/2021**	**NA**	**NA**

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

Amparos	Aseguradora	No de Póliza	Vigencia	
			Desde (yyyy-mmdd)	Hasta (yyyy-mmdd)
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**

Obligación Contractual	**Producto**

II. EjecuciónContractual:

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

1. Realizar demanda inducida y seguimiento a la población de los municipios y corregimiento del Departamento del Atlántico queson objeto de vacunación contra el Covid-19.	Se inició el plan de casa a casa buscando a los adultos mayores de 70 años con el objetivode remitirlos al centro de salud más cercano para la aplicación de la vacunacovid-19.
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.	Aun no iniciamos visitas domiciliaras.
3. Desarrollar acciones educativas individuales y colectivasencaminadas a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia epidemiológica de los eventos de salud pública prevalentes en el municipio ycorregimientos.	Se inició la búsqueda activa de niños de 1 a 10 años de edad con el fin de vacunarlos contra el sarampión y rubiola, se realizó casa a casa y diferentes barrios del municipio de soledad

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.	Me encuentro apoyando en el grupo BAC, realizando formatos , relacionando y rotulando los datos de las personas que lleguen a realizarse la prueba del covid-19 en diferentes municipios del atlántico.

5. Ejecutar jornadas educativas y otras que se requieran de acuerdo a las necesidades particulares de apoyo de la Secretaria de Salud departamental.	Aun no realizamos jornadas educativas.
6. Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor con relación a su objeto contractual.	Realice el informe de mis actividades durante elmesconevidenciasdefotosdelosformatos que utilizamos en cada evento, enviándoselas al supervisor por su correoelectrónico.

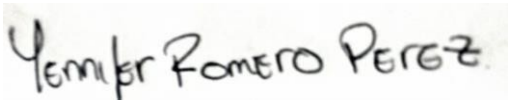
Los soportes documentales (en los casos que aplique) del desarrollo de las actividades antes mencionadas son los siguientes: N/A.

ALMA SOLANO SANCHEZ, 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 (**01**) días del mes de **junio** de **2021.**



FIRMADEL SUPERVISOR
Identificación:32796348



FIRMA DELCONTRATISTA
Identificación:1143132007