## I. Datos Generales del Contrato

| | | | |
|---|---|---|---|
| **1. DENOMINACION DEL CONTRATO** | **INFORME No.** | 5 | |
| Contrato N° | **202101161** | | |
| Nombre del Supervisor | Eloina Goenaga Jimenez | | |
| **2. DE LA ETAPA CONTRACTUAL** | | | |
| Tipo de contrato | Prestación de Servicios X | Otro: | |
| Nombre del contratista | KAREN SARITH TORRES CEPEDA | | |
| Identificación del contratista | 1042997843 | | |
| Objeto del contrato | **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA FORTALECER LA DETECCIÓN, CONTROL, CUIDADO Y VIGILANCIA DE LA VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES CRÓNICAS, MEDIANTE LAS ACCIONES QUE LLEVA A CABO LA SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA EN LOS 22 MUNICIPIOS DEL 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 ejecución | | |
| Numero de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P) | 202100576 | Fecha del C.D.P (dd-MM-yyyy) | 16-02-2021 |
| Número de Registro Presupuestal (R.P.) | 202101446 | Fecha del R.P (dd-MM-yyyy) | 01-03-2021 |

| Valor del contrato | |
|---|---|
| Contrato Inicial | $ 27.060.000 |
| Adición 1 | $ |
| Adición 2 | $ |
| Adición 3 | $ |
| Total | $ 27.060.000 |

| Fecha de inicio del contrato (01-03-2021) | Fecha de terminación del contrato (31-08-2021) | 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 |

**4. EJECUCION DEL CONTRATO**

| Descripción | Valor |
|---|---|
| Valor del Contrato Inicial | $ 27.060.000 |
| Adición No. 1 | $ |
| Adición No. 2 | $ |
| Adición No. 3 | $ |
| Valor Total del contrato | $ 27.060.000 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Porcentaje del Anticipo | % | $ |
| Porcentaje del Pago anticipado | % | $ |
| Valor Ejecutado del Contrato | | $ 22.550.000 |
| Valor por ejecutar | | $ 4.510.000 |
| **Valor a pagar en el presente Informe** | | **$ 4.510.000** |
| No. Factura o Cuenta de Cobro | | Pago parcial #5 |

## II. Ejecución Contractual:

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

| Obligación Contractual | Producto |
|---|---|
| | |
| Vigilar en el 100% de los municipios las acciones desarrolladas para la promoción y mantenimiento de la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa con inclusión del enfoque étnico diferencial. | Se realizó seguimiento y monitoreo presencial a las acciones desarrolladas por las ESES del municipio de SABANAGRANDE para la promoción y mantenimiento de la salud oral. Se soporta acta de visita, anexos y evidencias fotográficas. |
| Vigilar en el 100% de los municipios las acciones desarrolladas para la promoción y mantenimiento de la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa con inclusión del enfoque étnico diferencial. | Se generaron capacidades de manera presencial en mantenimiento y promoción de la salud en la ESE de SABANAGRANDE para la promoción y mantenimiento de la salud oral VISUAL Y AUDITIVA. Se soporta acta de visita, anexos y evidencias fotográficas. |
| Las demás asignadas por el coordinador del programa | Participacion en la Asistencia tecnica sobre instrumento de reporte de COP para las entidades territoriales y ESES a cargo del ministerio de Salud |
| | Asistencia a capacitación Taller Actividad física – Ministerio de salud |
| | Elaboración DEG018 para secretaria de planeación en salud |

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.

Se firma en Barranquilla, a los (6) días del mes de Agosto de 2021.

E Goenaga J 06/08

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

Karen S. Torres C.

**FIRMA DEL CONTRATISTA**
**Identificación: 1042997843**