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.**	1	
Contrato N°	**202101630**		
Nombre del Supervisor	**ALMA SOLANO SANCHEZ**		
2. DE LA ETAPA CONTRACTUAL			
Tipo de contrato	**PRESTACION DE SERVICIOS**		
Nombre del contratista	**NANCY PAOLA GARCIA MARRIAGA**		
Identificación del contratista	**1.046.814.835**		
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	6 MESES		
Numero de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	**202100544**	Fecha del C.D.P	**2021-02-11**
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	**202102262**	Fecha del R.P	**2021-04-06**
Valor del contrato	Contrato Inicial: **$ 9`000.000** Adición 1: **$ 1.500.000** Adición 2: $ Adición 3: $ Total: $		

Fecha de inicio del contrato	Fecha de terminación del contrato	Fecha de Suspensión	Fecha de reinicio
06/04/2021	**05/05/2021**	**NA**	**NA**

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				
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		**$ 1.500.000**
Adición No. 2		$
Adición No. 3		$
Valor Total del contrato		$ **9.000.000**
Porcentaje del Anticipo	%	$
Porcentaje del Pago anticipado	%	$
Valor Ejecutado del Contrato		$
Valor por ejecutar		$
Valor a pagar en el presente Informe		**$ 1.500.000**
No. Factura o Cuenta de Cobro		**CUENTA DE AHORROS – BBVA 0090000200463175**

II. Ejecución Contractual:

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

Obligación Contractual	Producto
1. Realizar demanda inducida y seguimiento a la población de los municipios y corregimiento del Departamento del Atlántico que son objeto de vacunación contra el Covid-19.	Se inició el plan de casa a casa buscando a los adultos mayores de 65 años con el objetivo de remitirlos al centro de salud de polonuevo para la aplicación de la vacuna covid-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 colectivas encaminadas a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia epidemiológica de los eventos de salud pública prevalentes en el municipio y corregimientos.	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 polonuevo.

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. (polonuevo , santo tomas , repelón, candelaria , baranoa , soledad , palmar de Varela , salgar y Sabanalarga)
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 el mes con evidencias de fotos de los formatos que utilizamos en cada evento, enviándoselas al supervisor por su correo electrónico.

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 (**05**) días del mes de **Mayo** de **2021**.

Nancy García Marriaga
cc. 1.046.814.835

ALMA SOLANO SANCHEZ
FIRMA DEL SUPERVISOR
Identificación: 32796348

NANCY PAOLA GARCIA MARRIAGA
FIRMA DEL CONTRATISTA
Identificación: 1.046.814.814