1. **Datos Generales del Contrato**

1. DENOMINACION DEL CONTRATO	**INFORME No.**	**06**		
Contrato No	**202101153**			
Nombre del Supervisor	**ELOINA GOENAGA JIMENEZ**			
2. DE LA ETAPA CONTRACTUAL				
Tipo de contrato	**PRESTACION DE SERVICIOS**			
Nombre del contratista	**AURA MARIA LLANOS CALDERIN**			
Identificación del contratista	**32777726**			
Objeto del contrato	Prestación de servicios profesionales para el acompañamiento en la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades emergentes – remergentes y desatendidas – Tuberculosis mediante las acciones que lleva a cabo la 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 ejecución del contrato será de (6) meses, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.			
Numero de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	**202100430**	Fecha del C.D.P	**(03-02-2021)**	
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	**202101495**	Fecha del R.P	**(02-03-2021)**	
Valor del contrato	Contrato Inicial	**$ 16.116.000**		
	Adición 1	$		
	Adición 2	$		
	Adición 3	$		
	Total	**$ 16.116.000**		

Fecha de inicio del contrato	Fecha de terminación del contrato	Fecha de Suspensión	Fecha de reinicio
(02-03-2021)	**(01-09-2021)**		

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

Amparos	Aseguradora	No de Póliza	Vigencia	
			Desde (yyyy-mm-dd)	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		$ **16.116.000**
Adición No. 1		$
Adición No. 2		$
Adición No. 3		$
Valor Total del contrato		$ **16.116.000**
Porcentaje del Anticipo	%	$
Porcentaje del Pago anticipado	%	$
Valor Ejecutado del Contrato		$ **16.116.000**
Valor por ejecutar		$ **0**
Valor a pagar en el presente Informe		**$ 2.686.000**
No. Factura o Cuenta de Cobro		**Pago parcial N° 6**

I. Ejecución Contractual:

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

Actividades	Evidencia
Se le realizo primera visita y de seguimiento a cada paciente y sus Contactos se realiza educación sobre signos y síntomas de la TB, cuidados, medio de contagio y que hacer en caso de presentar los síntomas. en los siguientes municipios: se captan contactos SR durante las visitas realizadas.	Se realizo primera visita y de seguimiento a los siguientes pacientes quienes informan estar recibiendo su medicamento de maneral puntual de la E.S.E. que corresponde: Malambo: Yuelvis José Martínez Elina coronado Villafañe

Información recopilada se entrega a la persona encargada para darle seguimiento.  	Marcial segundo cervantes Puerto Colombia: Hernán álzate Henao Alberto Luis moreno Jaramillo Sabanagrande: Nazly Cecilia Gutiérrez Rolón Erick torres moreno Jorge mercado Marriaga Santo tomas: Rafael tomas Pertuz rúa Noraima González ríos (Seguimiento) Malambo: Giovanny Garaizabal moreno José Luis Vargas medina Alberto Ochoa peluffo
Se visitaron 11 municipios en los que se recopilo información para actualizar la base de datos del año actual con datos de ingresos de nuevos pacientes en el programa de TUBERCULOSIS	se logra contacto con las jefes encargadas del programa en cada E.S.E. de los municipios de la vía oriental para solicitar hallazgos relacionados con los pacientes y notificar las visitas realizadas a los pacientes, sus contactos y los hallazgos encontrados durante esta.
Recibir la información de los casos de TB que ingresan al programa y entregar la investigación de campo, semanalmente.	Se entregan planillas de Visitas de Seguimiento a los casos de Tuberculosis sensible reportados al programa, con el fin de mantener actualizada la base de datos a la persona encargada Sra Monica Torregrosa Se entrega informe mensual de avance de las actividades según los indicadores de referencia.

Se asiste a reuniones programadas por la coordinadora del programa para organizar actividades y actualizar conocimientos	Reunión programada con la Dra. Magda Lucy Pérez Hora 8:00 am

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 14 días del mes de septiembre de 2021

FIRMA DEL SUPERVISOR

Identificación: 32.609.770

FIRMA DEL CONTRATISTA
Aura Llanos Calderín
Identificación: 32777726