I. Datos Generales del Contrato

1. DENOMINACION DEL CONTRATO	**INFORME No.**	CINCO (5)	
Contrato N°	**202101648**		
Nombre del Supervisor	**ALMA SOLANO SANCHEZ**		
2. DE LA ETAPA CONTRACTUAL			
Tipo de contrato	**PRESTACION DE SERVICIOS**		
Nombre del contratista	**KATIA MILE DEL TORO POLO**		
Identificación del contratista	**1.046.815.935**		
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 ejecución		
Numero de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	**202100544**	Fecha del C.D.P	**2021/02/11**
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	**202102408**	Fecha del R.P	**2021/04/09**

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
2021/04/09	**2021/10/08**	**NA**	**NA**

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				
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		$ 7.500.000
Valor por ejecutar		$ 1.500.000
Valor a pagar en el presente Informe		**$ 1.500.000**
No. Factura o Cuenta de Cobro		5

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.	Realice acompañamiento, en vacunación Covid 19 en el municipio de Baranoa
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.	Realicé monitoreo, en los barrios del municipio de Baranoa en busca de niños pendientes de refuerzo de sarampión y rubeola y los niños que no se han vacunado
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.	Realice charlas individuales casa a casa en búsqueda de todos los niños de 1 años a 10 años, para la socialización y sensibilización para la vacunación adicional del Sarampión y Rubeola.

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.	Realice apoyo en barridos en los municipios de Tubará, Baranoa y sus alrededores , en vacunación Sarampión y Rubeola
5. Ejecutar jornadas educativas y otras que se requieran de acuerdo a las necesidades particulares de apoyo de la Secretaria de Salud departamental.	En cada visita en la búsqueda activa de los niños menores de 10 años de edad para ser vacunados o refuerzos contra el Sarampión y Rubiola y se les informa de lo importante que es que los niños tengan completo el esquema de vacunación, además de los cuidados que se deben tener después de la vacuna
6. Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor con relación a su objeto contractual.	Realice los reportes de actividades diarias y semanales a mi jefe inmediato asignado por el departamento

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 **(16)** días del mes de **Septiembre** de **2021**.

FIRMA DEL SUPERVISOR
Identificación: 32796348

FIRMA DEL CONTRATISTA
Identificación: 1.046.815.935