

Barranquilla,

**Doctora:**

**ALMA SOLANO SANCHEZ**

Secretaria de Salud Departamental

**DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO**

Ciudad

**Asunto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN LAS ACTIVIDADES QUE DESARROLLA LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19, EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.**

Yo, **ANA ISABEL PALMA DE NAVAS**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. **22.456.460**, me permito presentar a su consideración la propuesta de servicios para la **“PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN LAS ACTIVIDADES QUE DESARROLLA LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19, EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.”**

**Actividades a desarrollar:**

- Realizar tres (3) monitoreos rápidos de coberturas que contribuyan a garantizar el acceso a la vacunación en el Departamento conforme a los lineamientos del MSPS.
- Apoyar las campañas de vacunación a realizarse de acuerdo a los lineamientos de Ministerio de Salud y Protección Social
- Apoyar las actividades del Plan Departamental de Vacunación contra el COVID-19
- Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor, con relación a su objeto contractual.

**Tiempo de Ejecución**

El plazo de ejecución para la prestación de servicios será por el término de siete (7) meses, contados desde el cumplimiento de los requisitos de ejecución del contrato.

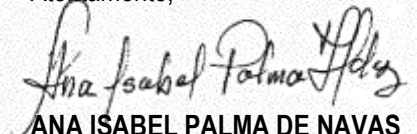
**Valor Total de la Propuesta:**

Los honorarios que se proponen serán de **DIECINUEVE MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/L \$ 19.390.000** incluyendo todos los impuestos directos o indirectos

Cada pago debe estar precedido de la presentación del informe de actividades, debidamente aprobado por el supervisor.

En los anteriores términos me permito dejar a su disposición la propuesta por servicios, esperando que satisfaga las necesidades de esa entidad.

Atentamente,



**ANA ISABEL PALMA DE NAVAS**  
CC.: 22.456.460.

Barranquilla,

**Doctora:**

**ALMA SOLANO SANCHEZ**

Secretaria de Salud Departamental

**DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO**

Ciudad

**Asunto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN LAS ACTIVIDADES QUE DESARROLLA LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19, EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.**

Yo, **CINTIA MARIA COSTA FONTALVO**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. **1.047.336.037**, me permito presentar a su consideración la propuesta de servicios para la **“PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN LAS ACTIVIDADES QUE DESARROLLA LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19, EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.”**

**Actividades a desarrollar:**

- Realizar tres (3) monitoreos rápidos de coberturas que contribuyan a garantizar el acceso a la vacunación en el Departamento conforme a los lineamientos del MSPS.
- Apoyar las campañas de vacunación a realizarse de acuerdo a los lineamientos de Ministerio de Salud y Protección Social
- Apoyar las actividades del Plan Departamental de Vacunación contra el COVID-19
- Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor, con relación a su objeto contractual.

**Tiempo de Ejecución**

El plazo de ejecución para la prestación de servicios será por el término de siete (7) meses, contados desde el cumplimiento de los requisitos de ejecución del contrato.

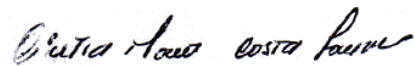
**Valor Total de la Propuesta:**

Los honorarios que se proponen serán de **DIECINUEVE MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/L \$ 19.390.000** incluyendo todos los impuestos directos o indirectos

Cada pago debe estar precedido de la presentación del informe de actividades, debidamente aprobado por el supervisor.

En los anteriores términos me permito dejar a su disposición la propuesta por servicios, esperando que satisfaga las necesidades de esa entidad.

Atentamente,



**CINTIA MARIA COSTA FONTALVO**

CC.: 1.047.336.037.

Barranquilla,

Doctora:  
**ALMA SOLANO SANCHEZ**  
Secretaria de Salud Departamental  
**DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO**  
Ciudad

**Asunto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN LAS ACTIVIDADES QUE DESARROLLA LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19, EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.**

Yo, **DELLY MARIA GUZMAN MEDINA**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 32.736.582, me permito presentar a su consideración la propuesta de servicios para la "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN LAS ACTIVIDADES QUE DESARROLLA LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19, EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO."

**Actividades a desarrollar:**

- Apoyar las acciones de entrega de insumos del Programa PAI y específicamente de la vacunación contra el COVID-19.
- Apoyar en la revisión de inventarios de los insumos del programa PAI.
- Apoyar a la entrega de vacunas a los municipios según se requiera, en especial en la vacunación contra el COVID-19.
- Acompañar el desarrollo de las actividades técnicas que se requieran durante el proceso de vacunación contra el COVID-19.
- Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor, con relación a su objeto contractual.

**Tiempo de Ejecución**

El plazo de ejecución para la prestación de servicios será por el término de siete (7) meses, contados desde el cumplimiento de los requisitos de ejecución del contrato.

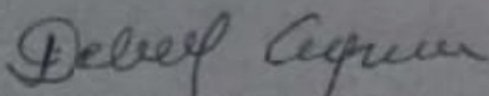
**Valor Total de la Propuesta:**

Los honorarios que se proponen serán de **DIECINUEVE MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/L \$ 19.390.000** incluyendo todos los impuestos directos o indirectos

Cada pago debe estar precedido de la presentación del informe de actividades, debidamente aprobado por el supervisor.

En los anteriores términos me permito dejar a su disposición la propuesta por servicios, esperando que satisfaga las necesidades de esa entidad.

Atentamente,



**DELLY MARIA GUZMAN MEDINA**  
CC: 32.736.582.

Barranquilla,

**Doctora:**

**ALMA SOLANO SANCHEZ**

Secretaria de Salud Departamental

**DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO**

Ciudad

**Asunto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN LAS ACTIVIDADES QUE DESARROLLA LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19, EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.**

Yo, **GENITH ISABEL HERRERA GUTIERREZ**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. **32.714.833**, me permito presentar a su consideración la propuesta de servicios para la **“PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN LAS ACTIVIDADES QUE DESARROLLA LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19, EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.”**

**Actividades a desarrollar:**

- Realizar tres (3) monitoreos rápidos de coberturas que contribuyan a garantizar el acceso a la vacunación en el Departamento conforme a los lineamientos del MSPS.
- Apoyar las campañas de vacunación a realizarse de acuerdo a los lineamientos de Ministerio de Salud y Protección Social
- Apoyar las actividades del Plan Departamental de Vacunación contra el COVID-19
- Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor, con relación a su objeto contractual.

**Tiempo de Ejecución**

El plazo de ejecución para la prestación de servicios será por el término de siete (7) meses, contados desde el cumplimiento de los requisitos de ejecución del contrato.

**Valor Total de la Propuesta:**

Los honorarios que se proponen serán de **DIECINUEVE MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/L \$ 19.390.000** incluyendo todos los impuestos directos o indirectos

Cada pago debe estar precedido de la presentación del informe de actividades, debidamente aprobado por el supervisor.

En los anteriores términos me permito dejar a su disposición la propuesta por servicios, esperando que satisfaga las necesidades de esa entidad.

Atentamente,



**GENITH ISABEL HERRERA GUTIERREZ**

CC.: **32.714.833**.

Barranquilla,

**Doctora:**

**ALMA SOLANO SANCHEZ**

Secretaria de Salud Departamental

**DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO**

Ciudad

**Asunto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN LAS ACTIVIDADES QUE DESARROLLA LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19, EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.**

Yo, **JUDITH SOFIA ORTIZ PALMERA**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. **44.191.937**, me permito presentar a su consideración la propuesta de servicios para la **“PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN LAS ACTIVIDADES QUE DESARROLLA LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19, EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.”**

**Actividades a desarrollar:**

- Realizar tres (3) monitoreos rápidos de coberturas que contribuyan a garantizar el acceso a la vacunación en el Departamento conforme a los lineamientos del MSPS.
- Apoyar las campañas de vacunación a realizarse de acuerdo a los lineamientos de Ministerio de Salud y Protección Social
- Apoyar las actividades del Plan Departamental de Vacunación contra el COVID-19
- Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor, con relación a su objeto contractual.

**Tiempo de Ejecución**

El plazo de ejecución para la prestación de servicios será por el término de siete (7) meses, contados desde el cumplimiento de los requisitos de ejecución del contrato.

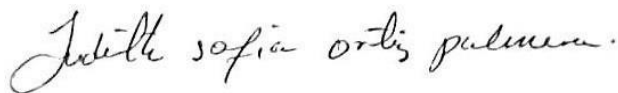
**Valor Total de la Propuesta:**

Los honorarios que se proponen serán de **DIECINUEVE MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/L \$ 19.390.000** incluyendo todos los impuestos directos o indirectos

Cada pago debe estar precedido de la presentación del informe de actividades, debidamente aprobado por el supervisor.

En los anteriores términos me permito dejar a su disposición la propuesta por servicios, esperando que satisfaga las necesidades de esa entidad.

Atentamente,



**JUDITH SOFIA ORTIZ PALMERA**

CC.: **44.191.937.**

Barranquilla,

**Doctora:**

**ALMA SOLANO SANCHEZ**

Secretaria de Salud Departamental

**DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO**

Ciudad

**Asunto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN LAS ACTIVIDADES QUE DESARROLLA LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19, EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.**

Yo, **LILIA ESTHER SALCEDO MERCADO**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. **32.681.276**, me permito presentar a su consideración la propuesta de servicios para la **“PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN LAS ACTIVIDADES QUE DESARROLLA LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19, EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.”**

**Actividades a desarrollar:**

- Apoyar las acciones de entrega de insumos del Programa PAI y específicamente de la vacunación contra el COVID-19.
- Apoyar en la revisión de inventarios de los insumos del programa PAI.
- Apoyar a la entrega de vacunas a los municipios según se requiera, en especial en la vacunación contra el COVID-19.
- Acompañar el desarrollo de las actividades técnicas que se requieran durante el proceso de vacunación contra el COVID-19.
- Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor, con relación a su objeto contractual.

**Tiempo de Ejecución**

El plazo de ejecución para la prestación de servicios será por el término de siete (7) meses, contados desde el cumplimiento de los requisitos de ejecución del contrato.

**Valor Total de la Propuesta:**

Los honorarios que se proponen serán de **DIECINUEVE MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/L \$ 19.390.000** incluyendo todos los impuestos directos o indirectos

Cada pago debe estar precedido de la presentación del informe de actividades, debidamente aprobado por el supervisor.

En los anteriores términos me permito dejar a su disposición la propuesta por servicios, esperando que satisfaga las necesidades de esa entidad.

Atentamente,



**LILIA ESTHER SALCEDO MERCADO**

CC.: **32.681.276**.

Barranquilla,

**Doctora:**

**ALMA SOLANO SANCHEZ**

Secretaria de Salud Departamental

**DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO**

Ciudad

**Asunto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN LAS ACTIVIDADES QUE DESARROLLA LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19, EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.**

Yo, **LUIS ANGEL DIAZ PADILLA**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. **1.001.940.251**, me permito presentar a su consideración la propuesta de servicios para la **“PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN LAS ACTIVIDADES QUE DESARROLLA LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19, EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.”**

**Actividades a desarrollar:**

- Realizar seguimiento a la implementación del sistema de información nominal PAI-WEB en los prestadores del servicio de salud, que habiliten el servicio de vacunación.
- Monitorear y evaluar los resultados del avance de la vacunación contra el COVID-19 y priorizar las intervenciones.
- Apoyar a las actividades de digitación de la vacunación contra el COVID-19 en el municipio asignado.
- Adoptar, socializar e implementar los formatos definidos por el MSPS.
- Apoyar a actividades administrativas en el plan departamental de vacunación contra el COVID-19
- Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor, con relación a su objeto contractual

**Tiempo de Ejecución**

El plazo de ejecución para la prestación de servicios será por el término de siete (7) meses, contados desde el cumplimiento de los requisitos de ejecución del contrato.

**Valor Total de la Propuesta:**

Los honorarios que se proponen serán de **DIECINUEVE MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/L \$ 19.390.000** incluyendo todos los impuestos directos o indirectos

Cada pago debe estar precedido de la presentación del informe de actividades, debidamente aprobado por el supervisor.

En los anteriores términos me permito dejar a su disposición la propuesta por servicios, esperando que satisfaga las necesidades de esa entidad.

Atentamente,



**LUIS ANGEL DIAZ PADILLA**

**CC.: 1.001.940.251.**

Barranquilla,

**Doctora:**  
**ALMA SOLANO SANCHEZ**  
Secretaria de Salud Departamental  
**DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO**  
Ciudad

**Asunto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN LAS ACTIVIDADES QUE DESARROLLA LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19, EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.**

Yo, **ORLANDO RAFAEL MORALES BELEÑO**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. **8.707.082**, me permito presentar a su consideración la propuesta de servicios para la **“PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN LAS ACTIVIDADES QUE DESARROLLA LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19, EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.”**

**Actividades a desarrollar:**

- Realizar seguimiento a la implementación del sistema de información nominal PAI-WEB en los prestadores del servicio de salud, que habiliten el servicio de vacunación.
- Monitorear y evaluar los resultados del avance de la vacunación contra el COVID-19 y priorizar las intervenciones.
- Apoyar a las actividades de digitación de la vacunación contra el COVID-19 en el municipio asignado.
- Adoptar, socializar e implementar los formatos definidos por el MSPS.
- Apoyar a actividades administrativas en el plan departamental de vacunación contra el COVID-19
- Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor, con relación a su objeto contractual

**Tiempo de Ejecución**

El plazo de ejecución para la prestación de servicios será por el término de siete (7) meses, contados desde el cumplimiento de los requisitos de ejecución del contrato.

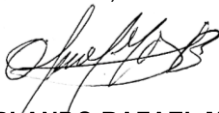
**Valor Total de la Propuesta:**

Los honorarios que se proponen serán de **DIECINUEVE MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/L \$ 19.390.000** incluyendo todos los impuestos directos o indirectos

Cada pago debe estar precedido de la presentación del informe de actividades, debidamente aprobado por el supervisor.

En los anteriores términos me permito dejar a su disposición la propuesta por servicios, esperando que satisfaga las necesidades de esa entidad.

Atentamente,



**ORLANDO RAFAEL MORALES BELEÑO**  
CC.: **8.707.082.**



Barranquilla,

**Doctora:**

**ALMA SOLANO SANCHEZ**

Secretaria de Salud Departamental

**DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO**

Ciudad

**Asunto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN LAS ACTIVIDADES QUE DESARROLLA LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19, EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.**

Yo, **RUTH MARGOTH MANOTAS MANOTAS**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. **22.636.638**, me permito presentar a su consideración la propuesta de servicios para la **“PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN LAS ACTIVIDADES QUE DESARROLLA LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19, EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.”**

**Actividades a desarrollar:**

- Realizar tres (3) monitoreos rápidos de coberturas que contribuyan a garantizar el acceso a la vacunación en el Departamento conforme a los lineamientos del MSPS.
- Apoyar las campañas de vacunación a realizarse de acuerdo a los lineamientos de Ministerio de Salud y Protección Social
- Apoyar las actividades del Plan Departamental de Vacunación contra el COVID-19
- Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor, con relación a su objeto contractual.

**Tiempo de Ejecución**

El plazo de ejecución para la prestación de servicios será por el término de siete (7) meses, contados desde el cumplimiento de los requisitos de ejecución del contrato.

**Valor Total de la Propuesta:**

Los honorarios que se proponen serán de **DIECINUEVE MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/L \$ 19.390.000** incluyendo todos los impuestos directos o indirectos

Cada pago debe estar precedido de la presentación del informe de actividades, debidamente aprobado por el supervisor.

En los anteriores términos me permito dejar a su disposición la propuesta por servicios, esperando que satisfaga las necesidades de esa entidad.

Atentamente,



**RUTH MARGOTH MANOTAS MANOTAS**

CC.: **22.636.638**.

Barranquilla,

**Doctora:**

**ALMA SOLANO SANCHEZ**

Secretaria de Salud Departamental

**DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO**

Ciudad

**Asunto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN LAS ACTIVIDADES QUE DESARROLLA LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19, EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.**

Yo, **SASHA SOFIA ROSALES ALVEAR**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. **1.045.722.788**, me permito presentar a su consideración la propuesta de servicios para la “**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN LAS ACTIVIDADES QUE DESARROLLA LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19, EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.**”

**Actividades a desarrollar:**

- Realizar seguimiento a la implementación del sistema de información nominal PAI-WEB en los prestadores del servicio de salud, que habiliten el servicio de vacunación.
- Monitorear y evaluar los resultados del avance de la vacunación contra el COVID-19 y priorizar las intervenciones.
- Apoyar a las actividades de digitación de la vacunación contra el COVID-19 en el municipio asignado.
- Adoptar, socializar e implementar los formatos definidos por el MSPS.
- Apoyar a actividades administrativas en el plan departamental de vacunación contra el COVID-19
- Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor, con relación a su objeto contractual

**Tiempo de Ejecución**

El plazo de ejecución para la prestación de servicios será por el término de siete (7) meses, contados desde el cumplimiento de los requisitos de ejecución del contrato.

**Valor Total de la Propuesta:**

Los honorarios que se proponen serán de **DIECINUEVE MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/L \$ 19.390.000** incluyendo todos los impuestos directos o indirectos

Cada pago debe estar precedido de la presentación del informe de actividades, debidamente aprobado por el supervisor.

En los anteriores términos me permito dejar a su disposición la propuesta por servicios, esperando que satisfaga las necesidades de esa entidad.

Atentamente,

**SASHA SOFIA ROSALES ALVEAR**

CC.: **1.045.722.788**

Barranquilla,

**Doctora:**  
**ALMA SOLANO SANCHEZ**  
Secretaria de Salud Departamental  
**DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO**  
Ciudad

**Asunto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN LAS ACTIVIDADES QUE DESARROLLA LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19, EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.**

Yo, **SHEILA MARGARITA CHELIA ARENGAS**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. **1.002.130.818**, me permito presentar a su consideración la propuesta de servicios para la “**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN LAS ACTIVIDADES QUE DESARROLLA LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19, EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.**”

**Actividades a desarrollar:**

- Realizar seguimiento a la implementación del sistema de información nominal PAI-WEB en los prestadores del servicio de salud, que habiliten el servicio de vacunación.
- Monitorear y evaluar los resultados del avance de la vacunación contra el COVID-19 y priorizar las intervenciones.
- Apoyar a las actividades de digitación de la vacunación contra el COVID-19 en el municipio asignado.
- Adoptar, socializar e implementar los formatos definidos por el MSPS.
- Apoyar a actividades administrativas en el plan departamental de vacunación contra el COVID-19
- Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor, con relación a su objeto contractual

**Tiempo de Ejecución**

El plazo de ejecución para la prestación de servicios será por el término de siete (7) meses, contados desde el cumplimiento de los requisitos de ejecución del contrato.

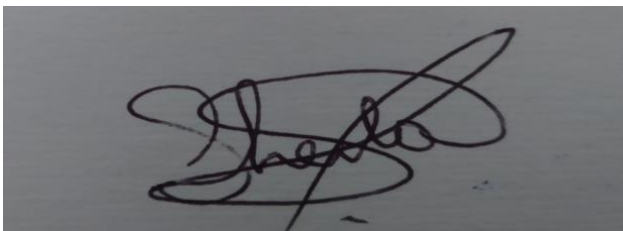
**Valor Total de la Propuesta:**

Los honorarios que se proponen serán de **DIECINUEVE MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/L \$ 19.390.000** incluyendo todos los impuestos directos o indirectos

Cada pago debe estar precedido de la presentación del informe de actividades, debidamente aprobado por el supervisor.

En los anteriores términos me permito dejar a su disposición la propuesta por servicios, esperando que satisfaga las necesidades de esa entidad.

Atentamente,

A handwritten signature in dark ink on a light-colored background. The signature is stylized and cursive, appearing to read 'Sheila'.

**SHEILA MARGARITA CHELIA ARENGAS**  
CC.: 1.002.130.818.

Barranquilla,

**Doctora:**

**ALMA SOLANO SANCHEZ**

Secretaria de Salud Departamental

**DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO**

Ciudad

**Asunto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN LAS ACTIVIDADES QUE DESARROLLA LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19, EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.**

Yo, **SUGEY DEL CARMEN ZABALA ARROYO**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. **50.959.486**, me permito presentar a su consideración la propuesta de servicios para la **“PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN LAS ACTIVIDADES QUE DESARROLLA LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19, EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.”**

**Actividades a desarrollar:**

- Realizar tres (3) monitoreos rápidos de coberturas que contribuyan a garantizar el acceso a la vacunación en el Departamento conforme a los lineamientos del MSPS.
- Apoyar las campañas de vacunación a realizarse de acuerdo a los lineamientos de Ministerio de Salud y Protección Social
- Apoyar las actividades del Plan Departamental de Vacunación contra el COVID-19
- Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor, con relación a su objeto contractual.

**Tiempo de Ejecución**

El plazo de ejecución para la prestación de servicios será por el término de siete (7) meses, contados desde el cumplimiento de los requisitos de ejecución del contrato.

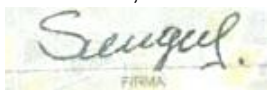
**Valor Total de la Propuesta:**

Los honorarios que se proponen serán de **DIECINUEVE MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/L \$ 19.390.000** incluyendo todos los impuestos directos o indirectos

Cada pago debe estar precedido de la presentación del informe de actividades, debidamente aprobado por el supervisor.

En los anteriores términos me permito dejar a su disposición la propuesta por servicios, esperando que satisfaga las necesidades de esa entidad.

Atentamente,



**SUGEY DEL CARMEN ZABALA ARROYO**

CC.: **50.959.486.**

Barranquilla,

**Doctora:**

**ALMA SOLANO SANCHEZ**

Secretaria de Salud Departamental

**DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO**

Ciudad

**Asunto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN LAS ACTIVIDADES QUE DESARROLLA LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19, EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.**

Yo, **YOLANDA GOMEZ GOMEZ**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. **22.635.658**, me permito presentar a su consideración la propuesta de servicios para la **“PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN LAS ACTIVIDADES QUE DESARROLLA LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19, EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.”**

**Actividades a desarrollar:**

- Realizar tres (3) monitoreos rápidos de coberturas que contribuyan a garantizar el acceso a la vacunación en el Departamento conforme a los lineamientos del MSPS.
- Apoyar las campañas de vacunación a realizarse de acuerdo a los lineamientos de Ministerio de Salud y Protección Social
- Apoyar las actividades del Plan Departamental de Vacunación contra el COVID-19
- Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor, con relación a su objeto contractual.

**Tiempo de Ejecución**

El plazo de ejecución para la prestación de servicios será por el término de siete (7) meses, contados desde el cumplimiento de los requisitos de ejecución del contrato.

**Valor Total de la Propuesta:**

Los honorarios que se proponen serán de **DIECINUEVE MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/L \$ 19.390.000** incluyendo todos los impuestos directos o indirectos

Cada pago debe estar precedido de la presentación del informe de actividades, debidamente aprobado por el supervisor.

En los anteriores términos me permito dejar a su disposición la propuesta por servicios, esperando que satisfaga las necesidades de esa entidad.

Atentamente,

*Yolanda Gómez Gómez*

**YOLANDA GOMEZ GOMEZ**

CC.: **22.635.658.**

Barranquilla,

**Doctora:**

**ALMA SOLANO SANCHEZ**

Secretaria de Salud Departamental

**DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO**

Ciudad

**Asunto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN LAS ACTIVIDADES QUE DESARROLLA LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19, EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.**

Yo, **YULY CAROLINA BULA REALES**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. **55.222.902**, me permito presentar a su consideración la propuesta de servicios para la **“PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN LAS ACTIVIDADES QUE DESARROLLA LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19, EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.”**

**Actividades a desarrollar:**

- Realizar tres (3) monitoreos rápidos de coberturas que contribuyan a garantizar el acceso a la vacunación en el Departamento conforme a los lineamientos del MSPS.
- Apoyar las campañas de vacunación a realizarse de acuerdo a los lineamientos de Ministerio de Salud y Protección Social
- Apoyar las actividades del Plan Departamental de Vacunación contra el COVID-19
- Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor, con relación a su objeto contractual.

**Tiempo de Ejecución**

El plazo de ejecución para la prestación de servicios será por el término de siete (7) meses, contados desde el cumplimiento de los requisitos de ejecución del contrato.

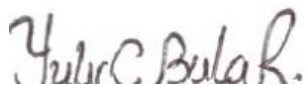
**Valor Total de la Propuesta:**

Los honorarios que se proponen serán de **DIECINUEVE MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/L \$ 19.390.000** incluyendo todos los impuestos directos o indirectos

Cada pago debe estar precedido de la presentación del informe de actividades, debidamente aprobado por el supervisor.

En los anteriores términos me permito dejar a su disposición la propuesta por servicios, esperando que satisfaga las necesidades de esa entidad.

Atentamente,



**YULY CAROLINA BULA REALES**

CC.: **55.222.902.**