I. Datos Generales del Contrato

1. DENOMINACION DEL CONTRATO	**INFORME No.**	UNO (1)	
CONTRATO N°	**202102298**		
NOMBRE DEL SUPERVISOR	**ELOINA DEL CARMEN GOENAGA JIMÉNEZ**		
2. DE LA ETAPA CONTRACTUAL			
Tipo de contrato	Prestación de servicios		
Nombre del contratista	**ANA ISABEL PALMA DE NAVAS**		
Identificación del contratista	C.C. 22.456.460		
Objeto del contrato	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 COVID19, EN 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)	202100384	Fecha del C.D.P	2021/02/03
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	202103516	Fecha del R.P	2021/06/28
Valor del contrato	Contrato Inicial: $ 16.146.000 Adición 1: $ Adición 2: $ Adición 3: $ Total: $ 16.146.000		

Fecha de inicio del contrato	Fecha de terminación del contrato	Fecha de Suspensión	Fecha de reinicio
2021/04/05	2021/10/04		

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		$ 16.146.000
Adición No. 1		$
Adición No. 2		$
Adición No. 3		$
Valor Total del contrato		$ 16.146.000
Porcentaje del Anticipo	%	$
Porcentaje del Pago anticipado	%	$
Valor Ejecutado del Contrato		$ 2.691.000
Valor por ejecutar		$ 13.455.000
Valor a pagar en el presente Informe		**$ 2.691.000**
No. Factura o Cuenta de Cobro		UNO (1)

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

Obligación Contractual	Producto
Captar adultos mayores, para vacunar contra el Covid-19, en los diferentes Municipios del Departamento del Atlántico..	Dando al cumplimiento se realizó monitoreos rápidos de coberturas que contribuyan a garantizar el acceso a la vacunación en el Departamento conforme a los lineamientos del MSPS. Apoyando en el Hospital de Baranoa con todos los biológicos del programa PAI, donde se aplicaron u total de 116 dosis de las diferentes vacunas: Rubeola, T.T, en embarazadas, influenza niños y Adultos, Dpt. Polio, TV, Varicela, Penta, Neumonía, Rotavirus y Polio Inyectable. Para un total de biológicos aplicados 116.
Del mismo modo, se debe vacunar ceñidos a el esquema de vacunación actualizados que determinan los entes Gubernamentales de Salud de Colombia, cuya vacunación se realiza específicamente en el Departamento del Atlántico	Apoyar las campañas de vacunación a realizarse de acuerdo a los lineamientos de Ministerio de Salud y Protección Social Se presto apoyó en los barridos de vacunación de Rubeola y Sarampión en el barrio Veinte de Julio del municipio de Baranoa para un total de dosis aplicadas 20
Apoyar las actividades del Plan Departamental de Vacunación contra el COVID-19	Apoyar las actividades del Plan Departamental de Vacunación contra el COVID-19 Apoyo en la casa Covid-19 donde se aplicaron segundas dosis un total de 200 biológicos aplicados De igual manera en la casa covid-19 como anotadora.

ELOINA DEL CARMEN 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 31 días del mes de Julio de 2021.

Goenaga 03/08

FIRMA DEL SUPERVISOR
Identificación: 32.609.770

Ana Isabel Palma Hdz

FIRMA DEL CONTRATISTA
Identificación: 22.456.460