## I. Datos Generales del Contrato

| | | | |
|---|---|---|---|
| **1. DENOMINACION DEL CONTRATO** | **INFORME No.** | 3 | |
| Contrato N° | 202001144 | | |
| Nombre del Supervisor | ALMA SOLANO SANCHEZ | | |
| **2. DE LA ETAPA CONTRACTUAL** | | | |
| Tipo de contrato | Prestación de Servicios X | Otro: | |
| Nombre del contratista | FREDDY ALFONSO FARAH SAAD | | |
| Identificación del contratista | 8.688.757 | | |
| Objeto del contrato | **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA FORTALECER LOS DIFERENTES PROCESOS DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES Y PROGRAMAS ESTABLECIDOS EN EL PLAN DE DESARROLLO** | | |
| Plazo | El plazo para ejecución del contrato será por cinco (5) meses, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución. | | |
| Numero de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P) | 202000751 | Fecha del C.D.P | (18-03-2020) |
| Número de Registro Presupuestal (R.P.) | 202002598 | Fecha del R.P (11-05-2020) | (11-05-2020) |
| Valor del contrato | Contrato Inicial | $ 35.000.000 | |
| | Adición 1 | $ | |
| | Adición 2 | $ | |
| | Adición 3 | $ | |
| | Total | $ 35.000.000 | |

| Fecha de inicio del contrato | Fecha de terminación del contrato | Fecha de Suspensión | Fecha de reinicio |
|---|---|---|---|
| (11-05-2020) | (10-10-2020) | (dd-MM-yyyy) | (dd-MM-yyyy) |
| | | | |

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

| Amparos | Aseguradora | No de Póliza | Vigencia | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Desde (dd-MM-yyyy) | Hasta (dd-MM-yyyy) |
| Calidad del servicio | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA |
| Cumplimiento | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA |
| Anticipo | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA |
| Pago anticipado | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA |
| Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA |
| Salarios y prestaciones | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA |
| Responsabilidad Civil Extracontractual | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA |
| Otros | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA |

**4. EJECUCION DEL CONTRATO**

| Descripción | | Valor |
|---|---|---|
| Valor del Contrato Inicial | | $ 35.000.000 |
| Adición No. 1 | | $ |
| Adición No. 2 | | $ |
| Adición No. 3 | | $ |
| Valor Total del contrato | | $ 35.000.000 |
| Porcentaje del Anticipo | % | $ |
| Porcentaje del Pago anticipado | % | $ |
| Valor Ejecutado del Contrato | | $ 21.000.000 |
| Valor por ejecutar | | $ 14.000.000 |
| **Valor a pagar en el presente Informe** | | **$ 7.000.000** |
| No. Factura o Cuenta de Cobro | | 3 |

**II. Ejecución Contractual:**

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

| Obligación Contractual | Producto |
|---|---|
| Recibir casos de pacientes con sintomatología de enfermedades respiratorias | Se realizó seguimiento a casos de pacientes contactos con positivos para covid a través del teleconsultas en número de 159 hasta la fecha de la elaboración del presente documento de los cuales 84 presentaban alguna sintomatología respiratoria |
| Hacerles seguimiento a los pacientes detectados con Enfermedades Respiratorias y síntomas relacionados con Covid. | Se practicaron llamadas y seguimientos vía telefónica a contactos de poblaciones positivas para Covid para la detección temprana de los signos o síntomas de alarma |
| Direccionar los pacientes con sintomatologías respiratorias a las IPS según el caso | Se sugirió el redireccionamiento a sus EPS a 8 pacientes que presentaban síntomas de afección aguda y menores de 1 año febriles con manifestaciones de algún grado de dificultad respiratoria |

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 once (11) días del mes de agosto de 2020.

**FIRMA DE LA SUPERVISORA**
**Identificación: 32.796.348**

**FIRMA DEL CONTRATISTA**
**Identificación: 8.688.757**