Atlántico para la Gente	INFORME DE GESTION DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	VERSION	001
		FECHA DE APROBACION	2020-01-02

I. Datos Generales del Contrato

1. DENOMINACION DEL CONTRATO	INFORME No.	5
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 (11-05-2020)	Fecha de terminación del contrato (10-10-2020)	Fecha de Suspensión (dd-MM-yyyy)	Fecha de reinicio (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

Atlántico para la Gente	**INFORME DE GESTION DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR**	**VERSION**	**001**
		FECHA DE APROBACION	**2020-01-02**

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		$ 35.000.000
Valor por ejecutar		$ 0
Valor a pagar en el presente Informe		**$ 7.000.000**
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
Recibir casos de pacientes con sintomatología de enfermedades respiratorias.	Se realizó seguimiento a casos de pacientes contactos con positivos para covid a través de teleconsultas en número de 52 hasta la fecha de la elaboración del presente documento de los cuales 24 presentaban alguna sintomatología relacionada con enfermedad por coronavirus.
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 3 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 (13) días del mes de octubre de 2020.

FIRMA DE LA SUPERVISORA
Identificación: 32.796.348

FIRMA DEL CONTRATISTA
Identificación: 8.688.757