I. Datos Generales del Contrato

1. DENOMINACION DEL CONTRATO	**INFORME No.**	2	
Contrato N°	202002243		
Nombre del Supervisor	ELOINA GOENAGA		
2. DE LA ETAPA CONTRACTUAL			
Tipo de contrato	Prestación de Servicios		
Nombre del contratista	ANA ISABEL NIEBLES PERTUZ 104832254		
Identificación del contratista	1048322541		
Objeto del contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA EL FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA DEL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO, CON RESPECTO A LAS ACCIONES IMPLEMENTADAS PARA LA MITIGACION DEL CORONAVIRUS COVID - 19		
Plazo	31-12-2020		
Numero de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	202002688	Fecha del C.D.P	25 – 08 - 2020
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	202002243	Fecha del R.P	10 – 09 - 2020

Valor del contrato		
Contrato Inicial	$ 9.600.000	
Adición 1	$	
Adición 2	$	
Adición 3	$	
Total	$ 9.600.000	

Fecha de inicio del contrato	Fecha de terminación del contrato	Fecha de Suspensión	Fecha de reinicio
10 – 09 - 2020	2020 – 12 - 31	(yyyy-mm-dd)	(yyyy-mm-dd)

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		$ 9.600.000
Adición No. 1		$
Adición No. 2		$
Adición No. 3		$
Valor Total del contrato		$ 9.600.000
Porcentaje del Anticipo	%	$
Porcentaje del Pago anticipado	%	$
Valor Ejecutado del Contrato		$ 5.200.000
Valor por ejecutar		$ 4.400.000
Valor a pagar en el presente Informe		**$ 2.600.000**
No. Factura o Cuenta de Cobro		2

II. Ejecución Contractual:

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

Obligación Contractual	Producto
Apoyar en la búsqueda activa de eventos de interés en salud pública en especial coronavirus covid-19, en coordinación con las acciones de vigilancia epidemiológica.	Realice búsquedas activas casa a casa y se tomaron muestras de laboratorio para el covid-19 en los municipios de candelaria, soledad ,palmar, Luruaco, angolonal, caracolí ,palmar de candelaria, malambo plaza del sol, soledad 2000 , ciudad paraíso, santa lucia, ponedera, piojo, puerto Giraldo, suan, tubara ., se obtuvo una muy buena aceptación de parte de la comunidad, obteniendo un buen resultado de pruebas realizadas.
Realizar identificación y búsqueda de contactos estrechos de casos de eventos de interés en salud pública con énfasis en coronavirus covid-19.	realice búsquedas activas casa a casa, informándole y educando a cada miembro de la comunidad que se llevaría a cabo actividades para tomas de muestras a las personas que deseaban realizarse la prueba del covid-19.
Realizar acciones de IEC en las comunidades encaminadas a la prevención de los eventos de interés en salud pública con énfasis en coronavirus covid-19.	Apoye en la búsqueda activa y toma de muestra de covid-19 en las playas de palmarito tubara a todos los caseteros, cabañas y viviendas para hacer tomas de muestras a los locales comerciales, haciendo énfasis en los protocolos de seguridad que deben seguir cada uno para un mejor auto cuidado. Con todo el equipo de trabajo.
Diligenciar los formatos requeridos para el informe de las actividades realizadas y presentarlo, detallando las actividades realizadas durante el mes.	Realice informe de gestión del supervisor y el informe de actividades. Realice el formato de cuenta de cobro y el modelo certificado para descuento dependientes según el

	decreto 2250 de 2017.
Cumplir con el pago al sistema de seguridad social.	Realice el pago de seguridad social del mes correspondiente.

Los soportes documentales (en los casos que aplique) del desarrollo de las actividades antes mencionadas son los siguientes: N/A.

ELOINA GOENAGA, 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 (01) días del mes de diciembre de 2020

FIRMA DEL SUPERVISOR
Identificación: 32.609.770

FIRMA DEL CONTRATISTA
Identificación