I. Datos Generales del Contrato

1. DENOMINACION DEL CONTRATO	**INFORME No.**	2	
Contrato N°	202002268		
Nombre del Supervisor	ELOINA GOENAGA		
2. DE LA ETAPA CONTRACTUAL			
Tipo de contrato	PRESTACION DE SERVICIOS		
Nombre del contratista	ÁNGELA BEATRIZ ZÁRATE TORRENEGRA		
Identificación del contratista	32712167		
Objeto del contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN LAS ACCIONES Y ACTIVIDADES QUE SE LLEVAN A CABO EN EL AREA DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA EN LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ESTABLECIDO EN EL PLAN DE DESARROLLO		
Plazo	HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2020		
Numero de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	202002474	Fecha del C.D.P	2020/07/29
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	202004474	Fecha del R.P	2020/09/04
Valor del contrato	Contrato Inicial: $15.007.500 Adición 1: $ Adición 2: $ Adición 3: $ Total: $15.007.500		

Fecha de inicio del contrato	Fecha de terminación del contrato	Fecha de Suspensión	Fecha de reinicio
2020/09/04	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		$15.007.500
Adición No. 1		$
Adición No. 2		$
Adición No. 3		$
Valor Total del contrato		$15.007.500
Porcentaje del Anticipo	%	$
Porcentaje del Pago anticipado	%	
Valor Ejecutado del Contrato		$8.000.000
Valor por ejecutar		$ 7.007,500
Valor a pagar en el presente Informe		**$4.000.000**
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
Apoyo a la preparación del trabajo de campo de evaluación de coberturas de vacunación en los 22 municipios del departamento del Atlántico	- Elaboración de cronograma para la realización de evaluación de coberturas de vacunación.

	- Selección de las manzanas de los de los 22 municipios, evaluandose el 100% de los municipios del departamento del Atlántico. -Se realizo socializacion de lineamientos de Evaluación de Cobertura, a personal que va a realizar la encuesta técnica.
Participar en las actividades organizadas por la Subsecretaría de Salud Pública que requieran la participación colectiva Apoyar las actividades extra murales que programe la Secretaria de Salud departamental. Demás actividades que se le asignen de acuerdo al objeto de su contrato y a las actualizaciones y cambios normativos.	- Seguimiento a los casos positivos de COVID19 y los contactos de los municipios asignado - Se realizan IEC de pacientes positivos de COVID19 - Se realiza registro de toma de muestras de contactos de positivos y se envía para lo respectivo. - Seguimiento a los pacientes positivos de COVID19 hospitalizados y leves. - Se realiza Registros para Seguimiento de Teleconsulta e de los positivos de COVID19 y su cerco epidemiológico. - Realice Asistencia técnica a la Secretaria de Salud del municipio de Palmar de Varela, se revisa proceso de notificación de COVID19, se dejan compromisos para verificar las notificaciones inmediatas de las IPS del municipio. Se da explicación teórico-práctica sobre Micrositio a la referente del municipal. - Acompañamiento al municipio por vía Telefónica en los procesos de SIVIGILA, en otros eventos diferentes a COVID19.

Los soportes documentales (en los casos que aplique) del desarrollo de las actividades antes mencionadas son los siguientes,

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 (30) días del mes de NOVIEMBRE de 2020.



FIRMA DEL SUPERVISOR

Identificación: 32.609.770



FIRMA DEL CONTRATISTA

Identificación: 32712167