## I. Datos Generales del Contrato

| | | | |
|---|---|---|---|
| **1. DENOMINACION DEL CONTRATO** | **INFORME No.** | 1 | |
| Contrato N° | 202001922 | | |
| Nombre del Supervisor | ELOINA GOENAGA JIMENEZ | | |
| **2. DE LA ETAPA CONTRACTUAL** | | | |
| Tipo de contrato | Prestación de Servicios | | |
| Nombre del contratista | MAURA ALEJANDRA SALAZAR CARDOZO | | |
| Identificación del contratista | 1117489018 | | |
| Objeto del contrato | **Prestación de servicios de apoyo a la gestión para el acompañamiento en los diferentes procesos que se llevan a cabo en la red de laboratorios del departamento del atlántico para el fortalecimiento y cumplimiento de los planes y programas establecidos en el plan de desarrollo.** | | |
| Plazo | El plazo de ejecución para la prestación de servicios será **hasta el 31 de diciembre de 2020**, contados desde el cumplimiento de los requisitos de ejecución del contrato. | | |
| Numero de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P) | 202002355 | Fecha del C.D.P | 2020-07-21 |
| Número de Registro Presupuestal (R.P.) | 202004183 | Fecha del R.P | 2020-08-25 |

| Valor del contrato | |
|---|---|
| Contrato Inicial | $**11.700.000,oo** |
| Adición 1 | $ |
| Adición 2 | $ |
| Adición 3 | $ |
| Total | $**11.700.000,oo** |

| Fecha de inicio del contrato | Fecha de terminación del contrato | Fecha de Suspensión | Fecha de reinicio |
|---|---|---|---|
| 2020-08-25 | 2020-12-31 | | |

**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 | | $**11.700.000,oo** |
| Adición No. 1 | | $ |
| Adición No. 2 | | $ |
| Adición No. 3 | | $ |
| Valor Total del contrato | | $**11.700.000,oo** |
| Porcentaje del Anticipo | % | $ |
| Porcentaje del Pago anticipado | % | $ |
| Valor Ejecutado del Contrato | | $ 2.600.000,oo |
| Valor por ejecutar | | $ 9.100.000,oo |
| **Valor a pagar en el presente Informe** | | $ 2.600.000,oo |
| No. Factura o Cuenta de Cobro | | 1 |

**II. Ejecución Contractual:**

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

| Obligación Contractual | Producto |
|---|---|
| Apoyar la digitación de los datos proveniente de las muestras recepcionadas para su análisis de las aéreas asignadas. | Apoyé en la digitación de los datos provenientes de las muestras recepcionadas para su análisis de las aéreas asignadas, específicamente las generadas para la contigencia del Covid 19. |
| Apoyar la digitación de datos del sistema de información para la Red Nacional de laboratorios establecido por el nivel nacional. | No aplica |
| Apoyo en la digitación de resultados de los análisis de laboratorio de las muestras procesadas del Laboratorio Departamental de Salud Pública. | Apoyé en la digitación de resultados de los análisis de laboratorio de las muestras procesadas del Laboratorio Departamental de Salud Pública. |
| Apoyar la digitación de los datos de las muestras recepcionadas para evaluación externa de desempeño y sus resultados. | No aplica |
| Apoyar la digitación de datos provenientes de las diferentes áreas del Laboratorio de Salud Pública. | No aplica |
| Cumplir con los parámetros establecidos en el sistema de gestión de la calidad de la institución, garantizando que la documentación a su cargo se mantenga actualizada en su área de desempeño. | En cumplimiento con los parámetros establecidos en el sistema de gestión de la calidad de la institución, durante éste periodo mantuve en custodia la documentación que me fue entregada para la digitación y revisión de resultados, la cual fue llevada de forma ordenada en mi área de desempeño y almacenada en el área seleccionada para su posterior archivo. |
| Realizar las actividades necesarias para la disposición de materiales, equipos, instalaciones y demás aspectos logísticos que se requieran para la realización de reuniones o talleres que organiza el Laboratorio de Salud Pública. | Para este periodo no me asignaron actividades relacionadas a éste punto. |
| Responder por el estado correcto, utilización y conservación de los archivos, la información y útiles de oficina. | Con respecto a la conservación de los implementos asignados bajo mi responsabilidad, le dí el correcto uso, preservando en forma adecuada y ordenada los archivos, así como la información, útiles y equipos de oficina. |

| | |
|---|---|
| Llevar debidamente y mantener actualizado los archivos de carácter técnico, administrativo del área de acuerdo con los procedimientos establecidos. | No aplica. |
| Desempeñar funciones de oficina y asistencia administrativa encaminada a facilitar el desarrollo y ejecución del área de desempeño. | No aplica. |
| Apoyar la digitación de datos provenientes de proyectos de investigación. | No aplica. |
| Las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato, de conformidad al objeto contractual. | Por cada reporte de resultados generados día con día, en las muestras procesadas para la contingencia del Covid 19, luego de la revisión de cada reporte, la información es almacenada en una carpeta sistematizada para ser posteriormente enviada al correo de la persona asignada por la líder del Laboratorio Departamental de Salud Pública, para los fines pertinentes. |
| | Digitación diaria a la Búsqueda Activa que se está realizando en los municipios del Departamento del Atlántico. |

**ELOINA GOENAGA JIMENEZ,** quien actúa en calidad de Supervisor/Interventor, deja constancia que el contratista ejecutó 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 28 días del mes De Septiembre de 2020.

E Goenaga J 28/09

**FIRMA DEL SUPERVISOR**

**Identificación:** 32.609.770

**FIRMA DEL CONTRATISTA**

**Identificación: 1.117.489.018**