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.**	**4**	
Contrato N°	**202002500**		
Nombre del Supervisor	**ELOINA GOENAGA JIMENEZ**		
2. DE LA ETAPA CONTRACTUAL			
Tipo de contrato	**PRESTACION DE SERVICIOS**		
Nombre del contratista	**MARTA PATRICIA GOMEZ MARTINEZ**		
Identificación del contratista	**22.456.246**		
Objeto del contrato	**PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA FORTALECER EL PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA A TRAVES DE LA SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA DEL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO EN EL PLAN DE DESARROLLO**		
Plazo	**Que el plazo de ejecución del contrato de prestación de servicios se estableció hasta el treinta y uno (31) de Diciembre de dos mil veinte (2020), contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución; *" se le adicionará un valor de CINCO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/L ($5.200.000.oo) y se prorrogará por dos (2) meses es decir hasta el veintiocho (28) de Febrero de 2021 contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución***		
Numero de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	**202002476**	Fecha del C.D.P	**(2020-07-29)**
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	**202004745**	Fecha del R.P	**(2020-09-14)**

Valor del contrato		
	Contrato Inicial	**$ 11.700.000**
	Adición 1	$ 5**.200.000**
	Adición 2	$
	Adición 3	$
	Total	**$ 16.900.000**

Fecha de inicio del contrato	Fecha de terminación del contrato	Fecha de Suspensión	Fecha de reinicio
(2020-09-14)	**(2020-02-28)**		

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

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

4. EJECUCION DEL CONTRATO

Descripción		Valor
Valor del Contrato Inicial		$ **11.700.000**
Adición No. 1		$ **5.200.000**
Adición No. 2		$
Adición No. 3		$
Valor Total del contrato		$ **16.900.000**
Porcentaje del Anticipo	%	$
Porcentaje del Pago anticipado	%	$
Valor Ejecutado del Contrato		$ **11.700.000**
Valor por ejecutar		$ **5.200.000**
Valor a pagar en el presente Informe		**$ 2.700.000**
No. Factura o Cuenta de Cobro		**4**

II. Ejecución Contractual:

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

Obligación Contractual	Producto
Recepción y entrega de información de nacimientos y defunciones de las instituciones prestadoras de servicios de salud que manejan hechos vitales	NA
Digitación de base de datos de reuniones de Comités de Salud Pública (Convocatorias y asistencia a COVED)	NA
Gestión documental de la información ingresada y que egresa del área de Vigilancia en Salud Pública	NA
Digitación de información de indicadores de seguimiento	Ajuste de resultados de los pacientes notificados en el aplicativo SIVIGILA por parte del Laboratorio Departamental de Salud Pública, en las semanas 51, 52 y 53 de 2020. En evento Covid19
Demás que se le asignen de acuerdo con las competencias	Digitación y notificación diaria al Instituto Nacional de Salud de eventos de notificación inmediata y super inmediata, en evento Covid19
Demás que se le asignen de acuerdo con las competencias	Casos por notificar en SIVIGILA por parte de los municipios, algunos notificados, pero con número de identificación errado en Sismuestra o en SIVIGILA, Se confirman identificación de los notificados mediante pantallazo a ADRES y se hace envío de la base de datos en Excel, revisada más el Word con los respectivos pantallazos.

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

ELOINA GOENAGA JIMENEZ, 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 06 días del mes de enero del 2021.

Goenaga J 06/01

MARTA GOMEZ M

FIRMA DEL SUPERVISOR

Identificación: 32.609.770

FIRMA DEL CONTRATISTA

Identificación: 22.456.246