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.**	**2**	
Contrato N°	**202001917**		
Nombre del Supervisor	**ELOINA GOENAGA JIMENEZ**		
2. DE LA ETAPA CONTRACTUAL			
Tipo de contrato	**PRESTACION DE SERVICIOS**		
Nombre del contratista	**JACKELINE MENDEZ MOLINA**		
Identificación del contratista	**22.644.139**		
Objeto del contrato	**Prestación de servicios profesionales para el acompañamiento en la promoción integral de la salud, en atención al programa ampliado de inmunizaciones (pai) mediante las acciones que lleva a cabo la subsecretaría de salud pública en los municipios del departamento del atlántico, para el fortalecimiento y cumplimiento de los planes y programas establecidos en el plan de desarrollo.**		
Plazo	**EL PLAZO PARA LA EJECUCION DEL CONTRATO: plazo para la ejecución del contrato será hasta el 31 de diciembre de 2020 contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.**		
Numero de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	**202000591**	Fecha del C.D.P	**(2020-03-05)**
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	**202004116**	Fecha del R.P	**(2020-08-24)**
Valor del contrato	**Contrato** Inicial	**$ 12.100.000**	
	Adición 1	$	
	Adición 2	$	
	Adición 3	$	
	Total	**$ 12.100.000**	

Fecha de inicio del contrato	Fecha de terminación del contrato	Fecha de Suspensión	Fecha de reinicio
(2020-08-24)	**(2020-12-31)**		

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		**$ 12.100.000**
Adición No. 1		$
Adición No. 2		$
Adición No. 3		$
Valor Total del contrato		**$ 12.100.000**
Porcentaje del Anticipo	%	$
Porcentaje del Pago anticipado	%	$
Valor Ejecutado del Contrato		$5.200.000
Valor por ejecutar		$ **6.900.000**
Valor a pagar en el presente Informe		**$2.600.000**
No. Factura o Cuenta de Cobro		**Pago parcial # 2**

JRUBIO-02459150095840-587553-000322356-A
JRUBIO-02459172200652-587553-000369000-A

II. Ejecución Contractual:

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

Obligación Contractual	Producto	Evidencia Fotográfica
Se realizó canalización y vacunación casa a casa a: niños de 0 a 5 años con esquema regular de vacunación e influenza, mujeres en edad fértil, gestantes, y adultos mayores de 50 años con morbilidades, como diabetes e hipertensión, vacunados y a todos sus contactos, con influenza.	• **BIOLÓGICOS APLICADOS FUERON:** • **INFLUENZA ADULTO: 58** • **INFLUENZA NIÑO: 13** • **VPH: 4** • **VACUNAS DE 1 AÑO DE EDAD: 1** • **HEPATITIS A: 1** • **VARICELA: 1** • **NEUMOCOCO: 1** • **TRIPLE VIRAL: 1** • **BIOLOGICOS ADICIONALES** • **RP: 1** • **FA: 2** • **TRIPLE VIRAL RF: 1** • **DPT ACELULAR: 1** • **VARICELA: 2** • **NEUMOCOCO RF: 1** • **PENTAVELNTE 1RA:** • **POLIO IM: 2** • **NEUMOCOCO: 1** • **ROTAVIRUS: 1** • • **VACUNA 18 MESES DE EDAD: 12 DOSIS** • **DPT:4** • **POLIO:4** • **FIEBRE AMARILLA:4** • • **VACUNAS DE 5 AÑOS DE EDAD: 8 DOSIS** • **DPT: 2** • **TRIPLE VIRAL: 2** • **POLIO ORAL: 2**	

	• **VARICELA: 2** • **TOTAL, BIOLÓGICOS APLICADOS:108** • **TOTAL, CASAS VISITADAS: 222**	
• *Apoyo a la campaña de vacunación fiebre amarilla a realizar de acuerdo con los lineamientos de ministerio de salud y protección social*	• **VACUNA DE 2 MESES, PRIMERA DOSIS: BIOLÓGICOS APLICADOS 4** • **PENTAVALENTE: 1** • **POLIO INTRAMUSCULAR: 1** • **NEUMOCOCO: 1** • **ROTAVIRUS: 1** • **VACUNA MONODOSIS DE SEGUNDA:6** • **DPT:2** • **HEPATITIS B:2** • **POLIO INTRAMUSCULAR:2** • **VACUNAS DE 1 AÑO DE EDAD: BIOLÓGICOS APLICADOS 4** • **HEPATITIS A: 1** • **VARICELA: 1** • **TRIPLE VIRAL: 1** • **NEUMOCOCO: 1** • **VACUNAS DE 18 MESES DE EDAD(R1): BIOLÓGICOS APLICADOS 3** • **DPT: 1** • **FIEBRE AMARILLA: 1** • **POLIO ORAL: 1** • **VACUNAS DE 5 AÑOS DE EDAD: BIOLÓGICOS APLICADOS 8** • **DPT: 2**	

	• **POLIO ORAL: 2** • **TRIPLE VIRAL: 2** • **VARICELA: 2** • **OTRAS VACUNAS** • **VPH: 1** • **POLIO IM 1RA: 1** • **TOTAL, BIOLÓGICOS APLICADOS: 83** • **TOTAL, CASAS VISITADAS: 180** • **El día 09 de Octubre, se asistió a capacitación sobre Red de Cadena de frío.** Semana del 10 al 16 de Octubre del 2020 • **Municipio de Soledad, Barrio Portal de soledad, las colonias y fundadores** • **Total, casas visitadas 190**	

• *Vacunación esquema regular* •	• Vacunación y canalización casa a casa en niños de 0 a 6 años con vacunas de esquema regular (1ra pentavalente , 2da de pentavalente , 3ra de pentavalente , 1 año , 18 meses , 5 años. • **INFLUENZA NIÑO: 7** • **VACUNA DE 2 MESES, PRIMERA DOSIS: BIOLÓGICOS APLICADOS 3** • **PENTAVALENTE: 1** • **POLIO INTRAMUSCULAR: 1** • **NEUMOCOCO: 1** • **VACUNAS DE 1 AÑO DE EDAD: BIOLÓGICOS APLICADOS 12** • **HEPATITIS A: 3** • **VARICELA: 3** • **TRIPLE VIRAL: 3** • **NEUMOCOCO: 3** • **VPH: 1** • **OTRAS VACUNAS** • **DPT ADICINAL: 1** • **S/R: 3** • **FA: 1** • **TOTAL, BIOLÓGICOS APLICADOS: 83** • **TOTAL, CASAS VISITADAS: 190** Semana del 17 al 24 de Octubre del 2020 • **Municipio de Soledad, Barrio Fundadores, Normandía y las colonias** • **Total, casas visitadas 150**	 

•	• **BIOLÓGICOS APLICADOS FUERON:** • **INFLUENZA ADULTO: 58** • **INFLUENZA NIÑO: 6** • **VACUNA MONODOSIS DE SEGUNDA:3** • **DPT:1** • **POLIO INTRAMUSCULAR:1** • **H EPATITIS B:1**	

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

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

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 30 días del mes de noviembre del 2020

FIRMA DEL SUPERVISOR

Identificación: 32.609.770

FIRMA DEL CONTRATISTA

JRUBIO-02459150095840-587553-000322356-A
JRUBIO-02459172200652-587553-000369000-A