## I. Datos Generales del Contrato

| | | | |
|---|---|---|---|
| **1. DENOMINACION DEL CONTRATO** | **INFORME No.** | | |
| Contrato N° | 202002687 | | |
| Nombre del Supervisor | ELOINA GOENAGA | | |
| **2. DE LA ETAPA CONTRACTUAL** | | | |
| Tipo de contrato | Prestación de Servicios X | Otro: | |
| Nombre del contratista | DEIBIS GONZALEZ | | |
| Identificación del contratista | 44152286 | | |
| Objeto del contrato | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA DETECCIÓN, CONTROL, CUIDADO Y VIGILANCIA DE LA VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES CRONICAS, 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 ejecución del contrato será hasta el treinta y uno (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) | 202002701 | Fecha del C.D.P (dd-MM-yyyy) | 26-08-2020 |
| Número de Registro Presupuestal (R.P.) | 202005063 | Fecha del R.P (dd-MM-yyyy) | 28-09-2020 |
| Valor del contrato | Contrato Inicial: $ 11.665.000<br>Adición 1: $<br>Adición 2: $<br>Adición 3: $<br>Total: $ 11.665.000 | | |

| Fecha de inicio del contrato (28-09-2020) | Fecha de terminación del contrato (31-12-2020) | Fecha de Suspensión (dd-MM-yyyy) | Fecha de reinicio (dd-MM-yyyy) |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

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

**4. EJECUCION DEL CONTRATO**

| Descripción | Valor |
|---|---|
| Valor del Contrato Inicial | $ 11.665.000 |
| Adición No. 1 | $ |
| Adición No. 2 | $ |
| Adición No. 3 | $ |
| Valor Total del contrato | $ 11.665.000 |

| | | |
|---|---|---|
| Porcentaje del Anticipo | % | $ |
| Porcentaje del Pago anticipado | % | $ |
| Valor Ejecutado del Contrato | | $ 11.665.000 |
| Valor por ejecutar | | $ 0 |
| **Valor a pagar en el presente Informe** | | **$** 3.932.500 |
| No. Factura o Cuenta de Cobro | | Pago parcial #3 |

## II. Ejecución Contractual:

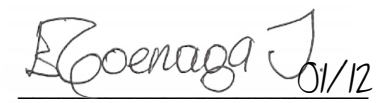
Se relaciona a continuación las actividades realizadas por el contratista durante el plazo de ejecución del contrato.

| Obligación Contractual | Producto |
|---|---|
| Cumplir a cabalidad con el objeto del contrato. | Se cumple con el plan de auditoria para los diferentes programas asignados para el mes de noviembre. Asignado de la siguiente manera: |
| Realizar seguimiento y control de los asuntos y actividades que le sean asignadas. | Se realizan las auditorías a las diferentes secretarias y ESE de los municipios asignados y en los programas solicitados se realizan los oficios, instrumentos y actas de cada uno de los programas revisados con sus respectivas evidencias. Estos fueron trabajados en el mes de diciembre de la siguiente manera:<br>• En el municipio de **USIACURÍ** se realizaron trabajos con la ESE en los programas de: CANCER DE MAMA, PROSTATA Y CUELLO UTERINO.<br>• Finalmente se realizaron visitas a diferentes empresas de los municipios de: Usiacurí, Sabana Larga, Baranoa, Santo tomas y Sabana grande. |

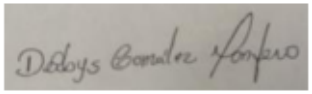
Los soportes documentales (en los casos que aplique) del desarrollo de las actividades antes mencionadas son los siguientes: N/A.

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 (30) días del mes de noviembre del 2020.



**FIRMA DE LA SUPERVISORA**
**Identificación: 32.609.770**



**FIRMA DEL CONTRATISTA**
**Identificación: 44.152.286**