I. Datos Generales del Contrato

1. DENOMINACION DEL CONTRATO	**INFORME No.**	**4**		
Contrato N°	**202001916**			
Nombre del Supervisor	**ELOINA GOENAGA JIMENEZ**			
2. DE LA ETAPA CONTRACTUAL				
Tipo de contrato	**PRESTACION DE SERVICIOS**			
Nombre del contratista	**MILEIDYS MACHACON PACHECO**			
Identificación del contratista	**22447421**			
Objeto del contrato	**Prestación de servicios de apoyo a la gestión para el acompañamiento en la promoción integral dela salud, en atención al programa ampliado de inmunizaciones (PAI),en los diferentes procesos que lleva acabo la subsecretaria 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	**(2020-08-26)**	
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	**202004381**	Fecha del R.P	**(2020-09-23)**	
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	0Fecha de Suspensión	Fecha de reinicio	
(2020-08-31)	**(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	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		$ **12.100.000**
Valor por ejecutar		$ 0
Valor a pagar en el presente Informe		**$ 4.300.000**
No. Factura o Cuenta de Cobro		**Pago final N 4**

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
Aplicación encuesta de cobertura de vacunacion en los 22 municipios del departamento del atlantico, según asignacion del area.	Se proyecta continuar con la vacunación casa a casa en el municipio de Soledad en los barrios: Villa Muvdi, Villa Merly, Villa Zambrano. .	
Revision de carnet de vacunacion de niños menores de 5 años.	Se proyecta continuar con la vacunación casa a casa en el municipio de Soledad en los barrios: Villa Muvdi, Villa Merly, Villa Zambrano.	
Apoyo a la campaña De la jornada de vacunacion nacional en el municipio de baranoa de acuerdo con los lineamientos de ministerio de salud y protección social.	Se proyecta continuar con la vacunación casa a casa en el municipio de Soledad en los barrios: Villa Muvdi, Villa Merly, Villa Zambrano.	

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 EL DIA 21 DE DICIEMBRE DEL 2020.

ELOINA GOENAGA JIMENEZ
FIRMA DEL SUPERVISOR
Identificación: 32.609.770

FIRMA DDEL CONTRATISTA
Identificación: 22.447.421