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.**	**1 y 2**	
Contrato N°	**202001915**		
Nombre del Supervisor	**ELOINA GOENAGA JIMENEZ**		
2. DE LA ETAPA CONTRACTUAL			
Tipo de contrato	**PRESTACION DE SERVICIOS**		
Nombre del contratista	**PARICIA ARRIETA VELASQUÈZ**		
Identificación del contratista	**23162967**		
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	**(2020-03-05)**
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	**202004182**	Fecha del R.P	**(2020-08-25)**
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
(2020-08-25)	**(2020-12-31)**		

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

Amparos	Aseguradora	No de Póliza	Vigencia Desde (yyyy-mm-dd)	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		**$**
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		**$ 5.200.000**
No. Factura o Cuenta de Cobro		**Pago parcial # 1 y 2**

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
Apoyo a las actividades del programa PAI y demás que se le asignen de acuerdo con las competencias.	*Se realizo canalización y vacunación casa a casa a niños de 0 a 5 años, con esquema regular de vacunación e influenza.* *Vacunación de mujeres gestantes con influenza y DPT acelular, como mandan los lineamientos.* *Vacunación a mujeres en edad fértil de 9 a 18 años con VPH, y adultos mayores de 50 años con influenza.*	
Apoyo a la campaña de vacunación sarampión, rubeola a realizarse de acuerdo con los lineamientos de ministerio de salud y protección social.	*Vacunación casa a casa a niños de 6 a 11 meses con la vacuna de sarampión rubeola, de acuerdo a los lineamientos de salud.*	
Apoyo a la campaña de vacunación con fiebre amarilla a realizarse de acuerdo con los lineamientos de ministerio de salud y protección social.	*Vacunación casa a casa a niños de 18 meses con la vacuna de fiebre amarilla dosis única*	
Apoyo a la campaña de vacunación con influenza a personas con morbilidades, como Hipertensión, Diabetes, y a todos sus contactos.	*Vacunación casa a casa a personas adultas mayores de 50 años con vacuna de influenza.*	

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 12 días del mes de Noviembre del 2020.

ELOINA GOENAGA JIMENEZ
FIRMA DEL SUPERVISOR
Identificación: 32.609.770

PATRICIA ARRIETA VELASQUEZ
FIRMA DEL CONTRATISTA
Identificación: 23.162. 967