## I. Datos Generales del Contrato

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **1. DENOMINACION DEL CONTRATO** | **INFORME No.** | 4 | | |
| Contrato N° | 202002020 | | | |
| Nombre del Supervisor | ELOINA GOENAGA JIMENEZ | | | |
| **2. DE LA ETAPA CONTRACTUAL** | | | | |
| Tipo de contrato | Prestación de Servicios | | | |
| Nombre del contratista | ANDREINA ISABEL MOLINA AYALA | | | |
| Identificación del contratista | 1.044.802.289 | | | |
| Objeto del contrato | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA EL FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA DEL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO, CON RESPECTO A LAS ACCIONES IMPLEMENTADAS PARA LA MITIGACION DEL CORONAVIRUS COVID-19 | | | |
| Plazo | Hasta el 31 de diciembre de 2020 | | | |
| Numero de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P) | 202002473 | Fecha del C.D. P | (2020-07-29) | |
| Número de Registro Presupuestal (R.P.) | 202004377 | Fecha del R. P | (2020-08-31) | |

| Valor del contrato | | | |
|---|---|---|---|
| Contrato Inicial | $ 11.200.000 | | |
| Adición 1 | $ | | |
| Adición 2 | $ | | |
| Adición 3 | $ | | |
| Total | $ 11.200.000 | | |

| Fecha de inicio del contrato | Fecha de terminación del contrato | Fecha de Suspensión | Fecha de reinicio |
|---|---|---|---|
| (2020-08-31) | (2020-12-31) | (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 | | | | |
| Cumplimiento | | | | |
| Anticipo | | | | |
| Pago anticipado | | | | |
| Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados | | | | |
| Salarios y prestaciones | | | | |
| Responsabilidad Civil Extracontractual | | | | |
| Otros | | | | |

**4. EJECUCION DEL CONTRATO**

| Descripción | | Valor |
|---|---|---|
| Valor del Contrato Inicial | | $ 11.200.000 |
| Adición No. 1 | | $ |
| Adición No. 2 | | $ |
| Adición No. 3 | | $ |
| Valor Total del contrato | | $ 11.200.000 |
| Porcentaje del Anticipo | % | $ |
| Porcentaje del Pago anticipado | % | $ |
| Valor Ejecutado del Contrato | | $ 11.200.000 |
| Valor por ejecutar | | $ 0 |
| **Valor a pagar en el presente Informe** | | **$ 2.800.000** |
| 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 |
|---|---|
| Apoyar en la búsqueda activa de casos de eventos de interés en salud pública, en especial coronavirus en coordinación con las acciones de vigilancia epidemiológica | Apoye en la búsqueda activa de casos en especial coronavirus, en coordinación con las acciones de vigilancia epidemiológica |
| Realizar identificación y búsqueda de contactos estrechos de casos de eventos de interés en salud pública con énfasis en coronavirus | Realice identificación y búsqueda de contactos estrechos de casos de eventos de interés en salud pública con énfasis en coronavirus |
| Diligenciar los formatos requeridos para el informe de las actividades realizados, presentar los informes requeridos de las acciones realizadas | Diligencie todos los formatos requeridos para el informe de las actividades realizadas |
| Realizar acciones de IEC en comunidades encaminadas a la prevención de los eventos de interés en salud pública con énfasis en coronavirus | Realice acciones IEC en las comunidades encaminadas a la prevención de eventos de interés en salud publica en énfasis en coronavirus |
| | |

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 (09) días del mes de ABRIL de 2021.

**FIRMA DEL SUPERVISOR**
**Identificación:32.609.770**

**FIRMA DEL CONTRATISTA**
**identificación: 1.044.802.289**