## I. Datos Generales del Contrato

| | | | |
|---|---|---|---|
| **1. DENOMINACION DEL CONTRATO** | **INFORME No.** | 1 | |
| Contrato N° | 202002501 | | |
| Nombre del Supervisor | ELOINA GOENAGA JIMENEZ | | |
| **2. DE LA ETAPA CONTRACTUAL** | | | |
| Tipo de contrato | Prestación de Servicios | | |
| Nombre del contratista | Milllisen Vanesa Caballero Rivera | | |
| Identificación del contratista | 32.778.779 | | |
| Objeto del contrato | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA ASISTIR EN LAS ACCIONES, ACTIVIDADES Y PROCESOS Q SE LLEVEN A CABO EN EL AREA DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA, EN LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ESTABLECIDAS EN EL PLAN DE DESARROLLO. | | |
| Plazo | Hasta el 31 de diciembre de 2020 | | |
| Numero de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P) | 202002476 | Fecha del C.D.P | (2020-07-29) |
| Número de Registro Presupuestal (R.P.) | 202004880 | Fecha del R.P | (2020-09-18) |
| Valor del contrato | Contrato Inicial: $ 11´700.000<br>Adición 1: $<br>Adición 2: $<br>Adición 3: $<br>Total: $ 11´700.000 | | |
| Fecha de inicio del contrato | Fecha de terminación del contrato | Fecha de Suspensión | Fecha de reinicio |
| (2020-09-14) | (2020-12-31) | (yyyy-mm-dd) | (yyyy-mm-dd) |

**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 | | | | |
| 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´700.000 |
| Adición No. 1 | | $ |
| Adición No. 2 | | $ |
| Adición No. 3 | | $ |
| Valor Total del contrato | | $ 11´700.000 |
| Porcentaje del Anticipo | % | $ |
| Porcentaje del Pago anticipado | % | $ |
| Valor Ejecutado del Contrato | | $ 3'000.000 |
| Valor por ejecutar | | $ 8´700.000 |
| **Valor a pagar en el presente Informe** | | **$ 3´000.000** |
| No. Factura o Cuenta de Cobro | | **1** |

**II. Ejecución Contractual:**

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

| Obligación Contractual | Producto |
|---|---|
| Desarrollar y acompañar en las investigaciones epidemiológicas de campo de los eventos de interés en salud pública reportados en los municipios asignados durante el año 2019 hasta la fecha de finalización del contrato. | Abordaje de las personas q llegan a la terminal de transporte se le realiza encuesta y toma de temperatura. |
| Estar disponible las semanas epidemiológicas que se le asignen de acuerdo con la programación realizada por la Secretaría de Salud – Subsecretaría de Salud Pública. | Entregar informes sobre todas las actividades realizadas y el correcto diligenciamiento de estos. |
| Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor del contrato. | Realización de charlas informativas al personal que ingresa a la terminal de transporte |

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 (21) días del mes de Octubre de 2020.

**FIRMA DEL SUPERVISOR**

**Identificación: 32.609.770**

**FIRMA DEL CONTRATISTA**

**Identificación: 32.778.779**