I. Datos Generales del Contrato

1. DENOMINACION DEL CONTRATO	**INFORME No.**	1	
Contrato N°	202101055		
Nombre del Supervisor	ELOINA GOENAGA JIMENEZ		
2. DE LA ETAPA CONTRACTUAL			
Tipo de contrato	Prestación de Servicios X	Otro:	
Nombre del contratista	VANESSA LIVYS ACUNA ZAFRA		
Identificación del contratista	1.140.822.212		
Objeto del contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN LAS ACTIVIDADES QUE DESARROLLA LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19, EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO		
Plazo	El plazo para la ejecución del contrato será por Seis (6) meses, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.		
Numero de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	202100383	Fecha del C.D.P (dd-MM-yyyy)	03/02/2021
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	202101350	Fecha del R.P (dd-MM-yyyy)	25/02 /2021
Valor del contrato	Contrato Inicial: $ 20.700.000 Adición 1: $ Adición 2: $ Adición 3: $ Total: $ 20.700.000		

Fecha de inicio del contrato (25-02-2021)	Fecha de terminación del contrato (24-08-2021)	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 (IVA incluido)	$ 20.700.000
Adición No. 1	$
Adición No. 2	$
Adición No. 3	$
Valor Total del contrato	$ 20.700.000
Porcentaje del Anticipo %	$
Porcentaje del Pago anticipado %	$
Valor Ejecutado del Contrato	$ 3.450.000
Valor por ejecutar	$ 17.250.000
Valor a pagar en el presente Informe	**$ 3.450.000**
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
Brindar asistencia técnica a los municipios en la implementación de la vacunación contra el Covid-19, así como la operación del Sivigila para casos de ESAVI,protocolo298	Se apoyó en asistencia técnica en el cumplimento de metas
Coordinar el desarrollo de las rutas de vacunación asignadas	Se apoyó en la coordinación de las rutas de vacunación para las diferentes instituciones.
Socializar y actualizar al talento humano ;supervisor ,anotador, y vacunador para la ejecución de la vacunación contra el Covid-19	Se Socializó con el personal para garantizar las condiciones de las jornadas de vacunación Covid-19
Monitorear el seguimiento de las metas de vacunación contra el Covid-19 diaria y semanalmente	Se apoyó en el seguimiento de las metas de vacunación en las diferentes instituciones donde se realizaron jornadas de vacunación Covid-19.
Realizar seguimiento a la población no vacunada por etapa, para realizar la programación y vacunación	No Aplica
Hacer seguimiento al cumplimiento del plan de asistencia con base a la priorización realizada en cada etapa	No Aplica
Verificar el cumplimiento de las coberturas e indicadores de los criterios de calidad de la vacunación contra Covid-19 en los municipios asignados	Se Apoyó en la verificación de las coberturas en cada una de las instituciones donde se realizaron jornadas de vacunación Covid-19.
Realizar el seguimiento a movimientos e insumos y biológicos en cada uno de los municipios asignados.	Se realizó el seguimiento de insumos y biológicos en cada uno de los municipios mencionados
Apoyo a las actividades administrativas en el plan	Se apoyó en la supervisión del proceso de la vacunación de covid19 a Soledad (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LA

departamental de vacunación contra el covid-19	CENTRAL, UNIVERSIDAD DEL NORTE, ADELA DE CHAR), E.S.E HOSPITAL DE MALAMBO, E.S.E HOSPITAL DE SABANA GRANDE, HOSPITAL DE GALAPA, HOSPITAL DE SABTO TOMAS, HOSPITAL DE POLO NUEVO, HOSPITAL DE BARANOA, HOSPITAL DE PONEDERA, HOSPITAL DE PALMAR DE VARELA, HOSPITAL DE CAMPO DE LA CRUZ, HOSPITAL DE SUAN, HOSPITAL DE LURUACO. 
Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor, con relación a su objeto contractual	Se Asistió a la capacitación Lineamientos Nacionales definidos por el MSPS “vacunación COVID” Dictada por la jefa Elvira Prettel De Manotas. Se apoyó en la entrega de vacunas COVID-19 en los diferentes municipios: Soledad (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LA CENTRAL, UNIVERSIDAD DEL NORTE, ADELA DE CHAR), E.S.E HOSPITAL DE MALAMBO, E.S.E HOSPITAL DE SABANA GRANDE, HOSPITAL DE GALAPA, HOSPITAL DE SABTO TOMAS, HOSPITAL DE POLO NUEVO, HOSPITAL DE BARANOA, HOSPITAL DE PONEDERA, HOSPITAL DE PALMAR DE VARELA, HOSPITAL DE CAMPO DE LA CRUZ, HOSPITAL DE SUAN, HOSPITAL DE LURUACO  

	de Soledad.
Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor, con relación a su objeto contractual	Apoyo en el diligenciamiento de consentimiento informado aplicación vacuna Covid-19. Apoyo en el diligenciamiento de carnet de vacunación (vacuna Covid-19). Se Asistió a la capacitación Lineamientos Nacionales definidos por el MSPS "vacunación COVID" Dictada por la jefa Elvira Prettel De Manotas.

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 (31) días del mes de Marzo del 2021.



FIRMA DEL SUPERVISOR

Identificación: 32.609.770



FIRMA DEL CONTRATISTA

Identificación: 32.681.276B/quilla