

	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																																					
Contrato N°		202101160.																																						
Nombre del Supervisor		ELOINA GOENAGA JIMENEZ																																						
2. DE LA ETAPA CONTRACTUAL																																								
Tipo de contrato		PRESTACION DE SERVICIOS																																						
Nombre del contratista		CILIA ROSA DAZA DIAZ																																						
Identificación del contratista		37745731																																						
Objeto del contrato		PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA FORTALECER LA DETECCIÓN, CONTROL, CUIDADO Y VIGILANCIA DE LA VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES CRÓNICAS, MEDIANTE LAS ACCIONES QUE LLEVA A CABO LA SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA EN LOS 22 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.																																						
Plazo		EL PLAZO PARA LA EJECUCION DEL CONTRATO: : 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)		202100576	Fecha del C.D.P	(2021-02-16)																																				
Número de Registro Presupuestal (R.P.)		202101447	Fecha del R.P	(2021-03-01)																																				
Valor del contrato	Contrato Inicial	\$ 27.060.000																																						
	Adición 1	\$																																						
	Adición 2	\$																																						
	Adición 3	\$																																						
	Total	\$ 27.060.000																																						
Fecha de inicio del contrato		Fecha de terminación del contrato		Fecha de Suspensión																																				
(2021-03-01)		(2021-08-30)																																						
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																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Descripción</th> <th>Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">Valor del Contrato Inicial</td> <td>\$ 27.060.000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Adición No. 1</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Adición No. 2</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Adición No. 3</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Valor Total del contrato</td> <td>\$ 27.060.000</td> </tr> <tr> <td>Porcentaje del Anticipo</td> <td>%</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>Porcentaje del Pago anticipado</td> <td>%</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Valor Ejecutado del Contrato</td> <td>\$ 4.510.000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Valor por ejecutar</td> <td>\$ 22.550.000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Valor a pagar en el presente Informe</td> <td>\$ 4.510.000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">No. Factura o Cuenta de Cobro</td> <td>Pago parcial # 1</td> </tr> </tbody> </table>					Descripción		Valor	Valor del Contrato Inicial		\$ 27.060.000	Adición No. 1		\$	Adición No. 2		\$	Adición No. 3		\$	Valor Total del contrato		\$ 27.060.000	Porcentaje del Anticipo	%	\$	Porcentaje del Pago anticipado	%	\$	Valor Ejecutado del Contrato		\$ 4.510.000	Valor por ejecutar		\$ 22.550.000	Valor a pagar en el presente Informe		\$ 4.510.000	No. Factura o Cuenta de Cobro		Pago parcial # 1
Descripción		Valor																																						
Valor del Contrato Inicial		\$ 27.060.000																																						
Adición No. 1		\$																																						
Adición No. 2		\$																																						
Adición No. 3		\$																																						
Valor Total del contrato		\$ 27.060.000																																						
Porcentaje del Anticipo	%	\$																																						
Porcentaje del Pago anticipado	%	\$																																						
Valor Ejecutado del Contrato		\$ 4.510.000																																						
Valor por ejecutar		\$ 22.550.000																																						
Valor a pagar en el presente Informe		\$ 4.510.000																																						
No. Factura o Cuenta de Cobro		Pago parcial # 1																																						



NIT: 890.102.006-1
Código Postal: 080003
Código DANE: 08-000

Calle 40 45-46 Barranquilla, Atlántico | Tel. (57)(5)330 7000
Línea Gratuita 01 8000 425 888 | gobernador@atlantico.gov.co

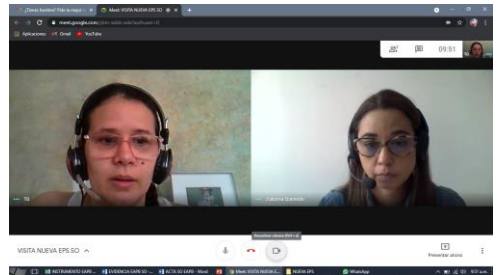
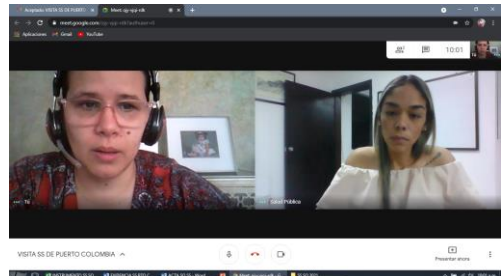
   **Atlántico para la Gente**

atlantico.gov.co

	INFORME DE GESTION DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	VERSION	001
		FECHA DE APROBACION	2020-01-02

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
Monitorear y evaluar en el 100% de las EAPB, que operan en el departamento el cumplimiento de las intervenciones, para salud bucal contemplada en la RPMS para los diferentes momentos del curso de vida.	-Se realizó visita virtual de asistencia técnica (se aplicó instrumento de evaluación, se registraron y anexaron las evidencias y se firmó acta) para monitorear y evaluar a la EAPB NUEVA EPS en el cumplimiento de los lineamientos del Ministerio de Salud para la salud bucal	
Vigilar en el 100% de los municipios las acciones desarrolladas para la promoción y mantenimiento de la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa con inclusión del enfoque étnico diferencial.	-Se Realizó visita virtual de asistencia técnica (se aplicó instrumento de evaluación, se registraron y anexaron las evidencias y se firmó acta) de seguimiento y monitoreo a las acciones desarrolladas por la Dirección Local de Salud del municipio de PUERTO COLOMBIA del Departamento del Atlántico, para la promoción y mantenimiento de la salud oral	



NIT: 890.102.006-1
Código Postal: 080003
Código DANE: 08-000

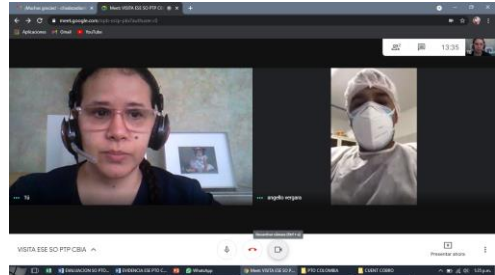
Calle 40 45-46 Barranquilla, Atlántico | Tel. (57)(5)330 7000
Línea Gratuita 01 8000 425 888 | gobernador@atlantico.gov.co



Atlántico para la Gente

atlantico.gov.co

	INFORME DE GESTION DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	VERSION	001
		FECHA DE APROBACION	2020-01-02

Vigilar en el 100% de los municipios las acciones desarrolladas para la promoción y mantenimiento de la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa con inclusión del enfoque étnico diferencial	-Se realizo visita virtual de asistencia técnica (se aplicó instrumento de evaluación, se registraron y anexaron las evidencias y se firmó acta) de seguimiento y monitoreo a las intervenciones de la atención en salud bucal definidas en la ruta de promoción y mantenimiento de la salud que incluya la aplicación de barniz de flúor, en el prestador primario (ESE), del municipio de PUERTO COLOMBIA	
Vigilar en el 100% de los municipios las acciones desarrolladas para la promoción y mantenimiento de la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa con inclusión del enfoque étnico diferencial	Se articuló estratégicamente con el programa PAI, la realización de la jornada nacional de Salud Bucal en las ESE de los municipios de POLONUEVO, SABANALARGA (CEMINSA), USIACURI, LURUACO, SANTA LUCIA, JUAN DE ACOSTA Y PIOJO	

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 05 días del mes de ABRIL del 2021.


05/04

FIRMA DEL SUPERVISOR

Identificación: 32.609.770



FIRMA DEL CONTRATISTA

Identificación: 37.745.731



NIT: 890.102.006-1
Código Postal: 080003
Código DANE: 08-000

Calle 40 45-46 Barranquilla, Atlántico | Tel. (57)(5)330 7000
Línea Gratuita 01 8000 425 888 | gobernador@atlantico.gov.co



Atlántico para la Gente

atlantico.gov.co