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.**	**2**	
Contrato N°	**202100713**		
Nombre del Supervisor	**ELOINA GOENAGA JIMENEZ**		
2. DE LA ETAPA CONTRACTUAL			
Tipo de contrato	**PRESTACION DE SERVICIOS**		
Nombre del contratista	**Laura Torregroza Escorcia**		
Identificación del contratista	**1042426299**		
Objeto del contrato	**Prestación de servicios de apoyo a la gestión para el acompañamiento en la promoción integral de la salud, en atención al programa ampliado de inmunizaciones (pai), en los diferentes procesos que lleva a cabo la subsecretaría de salud pública en los Municipios del Departamento del Atlántico.**		
Plazo	**EL PLAZO PARA LA EJECUCION DEL CONTRATO: El plazo para la ejecución del contrato será por Cinco (5) meses, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución. .**		
Numero de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	**202100285**	Fecha del C.D.P	**(2021-01-22)**
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	**202100910**	Fecha del R.P	**(2021-02-11)**
Valor del contrato	Contrato Inicial	**$ 13.455.000**	
	Adición 1	$	
	Adición 2	$	
	Adición 3	$	
	Total	**$ 13.455.000**	

Fecha de inicio del contrato	Fecha de terminación del contrato	Fecha de Suspensión	Fecha de reinicio
(2021-02-11)	**(2021-07-10)**		

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		

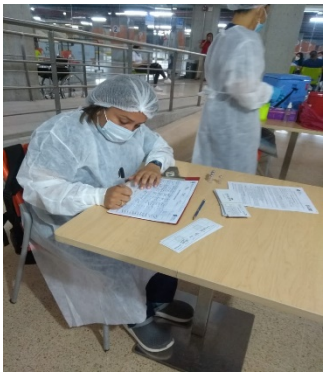
4. EJECUCION DEL CONTRATO

Descripción		Valor
Valor del Contrato Inicial		$ 13.455.000
Adición No. 1		$
Adición No. 2		$
Adición No. 3		$
Valor Total del contrato		$ 13.455.000
Porcentaje del Anticipo	%	$
Porcentaje del Pago anticipado	%	$
Valor Ejecutado del Contrato		$ 5.382.000
Valor por ejecutar		$ 8.073.000
Valor a pagar en el presente informe		$ 2.691.000
No de factura o cuenta de cobro		Pago Parcial No 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
Captar adultos mayores, para vacunar contra el Covid 19, en los diferentes Municipios del Departamento del Atlántico. *.* *Del mismo modo, se debe vacunar señidos a el esquema de vacunación actualizados que determinan los entes gubernamentales de Salud de Colombia, cuya vacunación se realiza especificamente en el Departamento del Atlántico.* *Asimismo, se hace inclusiòn para la aplicación de las diferentes vacunas contra el covid 19, en los diferentes Municipios del Departamento del Atlántico*	**Semana del 11 al 18 de Marzo del 2021:** ✓ . Vacunación contra el Covid 19, con la vacuna Sinovac, a domicilio en diferentes Barrios en el Municipio de Soledad, cuyo Barrios fueron, Hipódromo, Ciudad Paraíso, Villa Sol, Centenario. TOTAL DE BIOLOGICOS APLICADOS: 30	
	Semana del 19 al al 26 de Marzo del 2021: ✓ Vacunación contra el Covid 19, para adultos mayores de 80 años, con la vacuna Sinovac, en el Centro comercial Plaza del Sol del Municipio de Soledad. TOTAL DE BIOLOGICOS APLICADOS: 52	

	Semana del 27 de Marzo al 3 de Abril del 2021: ✓ Vacunación contra el Covid 19, para adultos mayores de 75 años, con la vacuna Sinovac, en el Centro comercial Carnaval del Municipio de Soledad. TOTAL DE BIOLOGICOS APLICADOS: 66	
	Semana del 4 de Abril al 10 de Abril del 2021: ✓ Vacunación contra el Covid 19, para adultos mayores de 70 años, con la vacuna Sinovac, en el Centro comercial Carnaval del Municipio de Soledad. ✓ Toma de presión arterial a los adultos mayores de 70 años, antes de vacunarse. TOTAL DE BIOLOGICOS APLICADOS: 42	

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 12 días del mes de Abril del 2021.

FIRMA DEL SUPERVISOR
Identificación: 32.609.770

FIRMA DEL CONTRATISTA
Identificación: 1042426299

SEGURIDAD SOCIAL_MARZO_21_LAURA TORREGROZA ESCORCIA

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1042426299		LAURA MARIA TORREGROZA ESCORCIA	INDEPENDIENTE	Principal	cra 10 c # 24-56	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3749905	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-03	2021-03	10854044	9418219792	I	2021/04/26	2021/04/05	BANCO DE OCCIDENTE	0	$333,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$172,300	$0	$0	$172,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$172,300	$0	$0	$172,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,300	$0	$0	$26,300
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$26,300	$0	$0	$26,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$134,600	$0	$0	$134,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$134,600	$0	$0	$134,600
TOTAL				1	$333,200	$0	$0	$333,200