| | |
|---|---|
| **Informe de Supervisión No:** | 1 |
| **Contrato No:** | 202200837 |

## 1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contratista:** | Mildred del Carmen Solano Macias | | |
| **Identificación:** | 43428896 | | |
| **Tipo de Contrato:** | Prestación de Servicios | | |
| **Nombre del Supervisor:** | Dra. Eloina Goenaga | | |
| **Objeto del Contrato:** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO EN LAS ACCIONES Y ACTIVIDADES QUE SE LLEVAN A CABO EN EL AREA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA, EN LOS 22 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO. | | |
| **Plazo de Ejecución:** | *5 meses* | | |
| **Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)** | **202200552** | **Fecha de C.D.P.** | 2022/01/11 |
| **Número de Registro Presupuestal (R.P.)** | **202200837** | **Fecha del R.P.** | 2022/01/15 |

| | |
|---|---|
| **Valor del Contrato** | |
| **Contrato Inicial** | $ 29300000 |
| **Adición 1** | $ 0 |
| **Adición 2** | $0 |
| **Adición 3** | $0 |
| **Total** | $ 29300000 |

| **Fecha de inicio del contrato** | **Fecha de terminación del contrato** | **Fecha de Suspensión del contrato** | **Fecha de reinicio** |
|---|---|---|---|
| 15-1-2022 | 14-6-2022 | | |

### 1.1 MODIFICACIONES DEL CONTRATO
(Relacionar Adiciones y/u Otro sí, Si aplica)

| DOCUMENTO | FECHA SUSCRIPCION AAA/MM/DD | PRÓRROGA DEL PLAZO (meses y/o días) | ADICIÓN VALOR ($) | OBSERVACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## 2. GARANTIAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA (según se establezcan en el Contrato)

***Nota: Aplica solo para Informes de supervisión de Bienes y suministros.***

| Aseguradora | No de Póliza | Actualización de Póliza (En caso que aplique) | Amparos | 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 | | |

**3. ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO (*)**

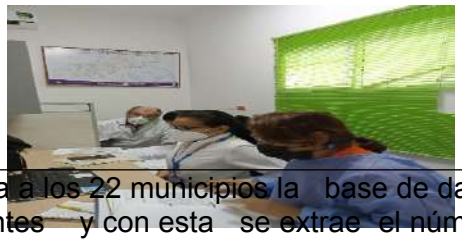
| DESCRIPCIÓN | | VALOR |
|---|---|---|
| **Valor del Contrato Inicial** | | **$29300000** |
| **Adición No. 1** | | **$** |
| **Adición No. 2** | | **$** |
| **Adición No. 3** | | **$** |
| **Valor Total del contrato** | | **$29300000** |
| **Porcentaje del Anticipo** | **%** | **$** |
| **Porcentaje del Pago anticipado** | **%** | **$** |
| **Valor Amortizado del Anticipo** | | **$** |
| **Valor Ejecutado del Contrato** | | **$5860000** |
| **Valor por ejecutar** | | **$23440000** |
| **Valor a pagar en el presente Informe** | | **$5860000** |
| **No. Factura o Cuenta de Cobro** | | **1** |

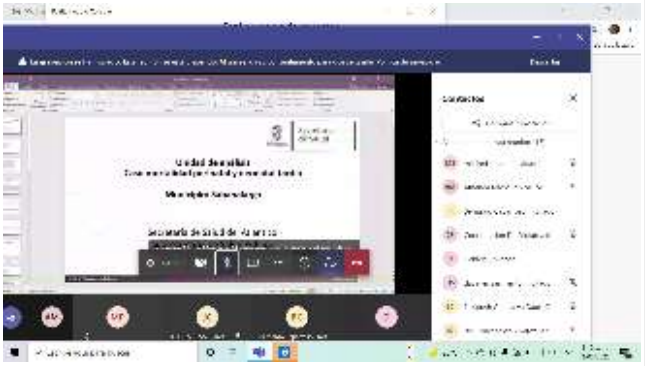
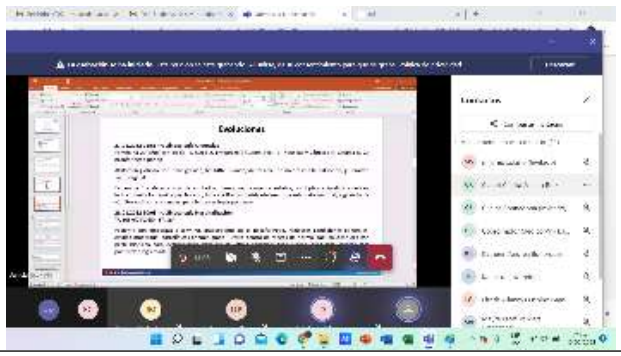
**4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO**

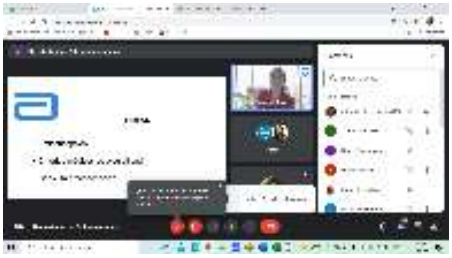
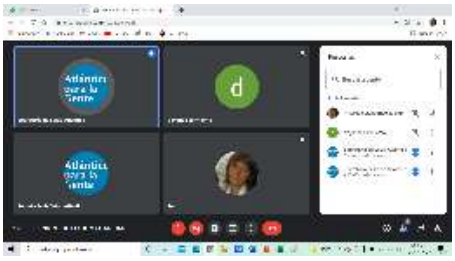
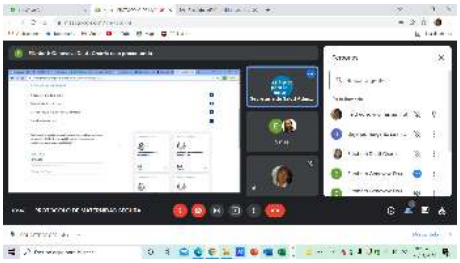
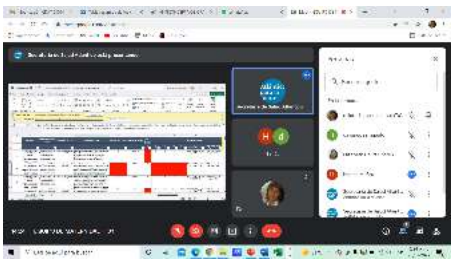
**4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 15-DE ENERO DE 2022 AL 14 DE FEBRERO DE 2022.**

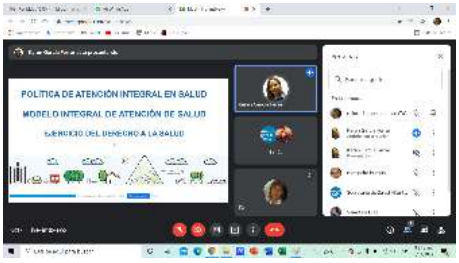
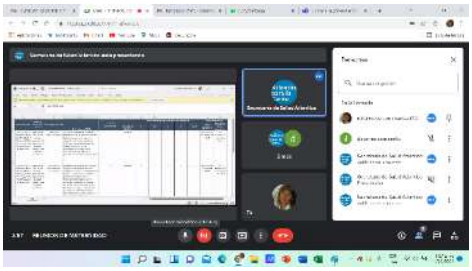
Las actividades desarrolladas por el contratista en el periodo descrito anteriormente, relacionadas con cada una de las obligaciones específicas establecidas en los estudios previos de la contratación se desagregan a continuación y así mismo se detallan las evidencias o soportes, con lo cual se verifica el cumplimiento a satisfacción de la obligación establecida:

| **Detalle de las Actividades Realizadas-** | |
|---|---|
| **Obligación** | **Producto** |

| | |
|---|---|
| . Realizar en el marco de la implementación de la ruta de atención integral materno perinatal seguimiento, monitoreo y evaluación del programa de control prenatal y atención del parto en la IPS de la red pública y privada del Departamental, a través de le revisión de historias clínicas de casos priorizados y a su vez la asistencia técnica correspondiente a los hallazgos identificados. | 1-Visitas de seguimiento y monitoreo a la atención materno perinatal en las Empresas sociales del estado del departamento del Atlántico: ESE Puerto Colombia el 7-2-22  ESE Soledad 9-2-22 teniendo como objetivos realizar seguimiento y monitoreo a los procesos de atención establecidos en los Lineamientos Técnicos y Operativos de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal, de la Resolución 3280 de 2018 y el seguimiento de KITS de emergencia obstétricas . Al final se realizan los compromisos de la visita.  2-Análisis de 10 historias de la ruta materno perinatal de ESE hospital de Puerto Colombia con% de adherencia a la resolución 3280 de 93.3 y Soledad de 98% Seguimiento de compromisos con relación a las recomendaciones dados en el 2021 3. Visitas a Secretaría de Salud de Soledad: 14-2-22  |
| Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor del | Se solicita a los 22 municipios la base de datos de gestantes y con esta se extrae el número de gestantes por cada grupo atareo ( menor de |

| | |
|---|---|
| contrato en relación con su objeto contractual | 14, de 14-18, 19-29 y 30 o más de ) Número de gestantes captadas antes o igual a 10 semanas, gestantes con 4 o más controles prenatales , Número de gestantes calificados con alto riesgo obstétrico y las patologías más frecuentes . Estos Datos se toman de gestantes colombianas y migrantes: Se cuenta hasta ahora con base de datos correspondiente a diciembre de 2021 y enero de 2022: Galapa, Malambo, Santo Tomas, Luruaco, Baranoa. Solo de Diciembre de 2021 Usiacurí, Sabanagrande, Ceminsa, Juan de Acosta, Suan, Polonuevo, Piojó, Soledad., Solo de Enero 2022 Repelón, Santa Lucia, Puerto Colombia y Tubará Los municipios que no han enviado su base de datos son: Candelaria (no actualizada) Manatí, Ponedera. |
| Participar y realizar los análisis de los eventos de casos priorizados de la | Participación Unidad de análisis de muerte neonatal el 2-2-22<br><br>Participación de Unidad de análisis de mortalidad materna 10-2-22<br> |

| | |
|---|---|
| Participar activamente en los eventos asignados por la Secretaría de Salud del Departamento del Atlántico. | Participación de capacitaciones:<br>1.Planificación familiar el 28-1-22,1-2-22,4-2-22<br><br>2.Reunión del equipo de maternidad segura 20-1-22<br><br>3.Protocolo de maternidad segura: 28-1-22<br><br>4.Reunion PAS: 25-1-22<br> |

| | |
|---|---|
| | 5.RIA materno perinatal: 3-2-22<br><br><br>6.VIH: 7-2-22<br><br>7. Reunión del equipo Maternidad Segura :11-2-22<br> |

**5. NOVEDADES O SITUACIONES ANORMALES PRESENTADAS DURANTE EL DESARROLLO DEL CONTRATO**

Durante el presente período no se han presentado novedades o situaciones anormales que afecten el desarrollo del contrato.

## 6. RESUMEN DE ACTIVIDADES REALIZADAS POR LA SUPERVISIÓN.

a) Seguimiento financiero y presupuestal del contrato.
b) Conformación, actualización y seguimiento del expediente con la documentación relacionada con la ejecución del contrato.

c) Verificación del pago de Estampillas
d) Verificación de la vigencia de la garantía exigida en el contrato.
e) Verificación y aprobación de los soportes necesarios para el pago.
f) Expedición de la certificación del recibo a satisfacción correspondiente al periodo descrito, de conformidad con el servicio recibido.
g) Trámite de reconocimiento y pago de honorarios ante la Oficina de Contabilidad

Y todas las demás obligaciones del contrato establecidas en los Estudios Previos, Anexos, y el Manual de Contratación.

**7. CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA RELACIONADAS CON EL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y APORTES PARAFISCALES (Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, Leyes 828 de 2003, 1122 de 2007, 1150 de 2007 y 1562 de 2012, Decretos 1072 de 2015 y 1273 de 2018 y demás normas concordantes).**

**Eloina Goenga Jimenez** quien actúa en nombre y representación del Departamento del Atlántico, en calidad de Supervisor, deja constancia que el contratista ejecutó a cabalidad el objeto del contrato conforme a lo señalado en el Estudio previo, y verificó el cumplimiento de las obligaciones del contratista con los sistemas de Seguridad Social Integral en salud, pensiones y riesgos laborales, información que se puede constatar en la planilla , certificación de pago correspondiente al periodo aquí relacionado.

7.1 **ANEXO CONTROL DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL (*)**

| Número de la Cuenta de Cobro | Número de la Planilla | Fecha de Pago Planilla | Valor Total de la Planilla |
|---|---|---|---|
| 1 | 9430356856 | 8-2-22 | $305300 |
| PLANILLA AJUSTE ARL | 9431444695 | 25-2-2022 | %12200 |
| | | | |
| | | | |
| | SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS | | |

**(La sumatoria total de las planillas debe ser igual al pago de la seguridad social sobre el 40% del valor del contrato)**

*NOTA: Aplica para persona natural. Para persona jurídica, anexar certificación del pago de planillas de Seguridad Social por parte del Representante Legal y/o Revisor Fiscal con los soportes asociados.*

Se firma en Barranquilla, a los 25 días del mes de febrero de **2022**.

E Goenaga J.

**FIRMA DEL SUPERVISOR**
**C.C.:** 32.609.770 de Barranquilla

**FIRMA DEL CONTRATISTA**
**C.C.:43428896 de Bello**

Barranquilla, 08-02-2022

Señores
**SUBSECRETARÍA DE CONTABILIDAD DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO**
Atn, Dr. Edgardo Gómez Barros
Subsecretario de Contabilidad
egomez@atlantico.gov.co

**ASUNTO:** **UTILIZACIÓN DE FIRMA DIGITAL EN INFORMES DE GESTIÓN (RESPUESTA A CIRCULAR 20210740003173 DEL 16-11-2021).**

Cordial saludo.

Esta Subsecretaría de Desarrollo Administrativo recibió la circular con radicado 20210740003173 del 16 de noviembre de 2021, por medio de la cual el Subsecretario de Contabilidad del Departamento del Atlántico informó lo siguiente:

> *"Por medio de la presente nos permitimos informar que a partir de la fecha el formato de INFORME DE GESTION DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR, debe tener firma manuscrita, en caso dado que el supervisor siga con la firma digital debe informar por correo electrónico a este despacho al correo egomez@atlantico.gov.co y cargar con la respectiva cuenta como adjunto al informe (…)".*

Dado lo anterior, me permito comunicarle que esta Subsecretaría de Salud Pública del Departamento del Atlántico, continuará utilizando la firma digital[1] en los informes de gestión de supervisión y/o interventoría hasta el mes de agosto de 2022, para los funcionarios que se relacionen en el listado adjunto al presente oficio.

Atentamente,

**ELOINA GOENAGA JIMENEZ**
Subsecretaria de Salud Pública del Departamento del Atlántico

Pr: Ricardo Guerra
V°B°: Katherine del P. González M.

[1] **Ley 527 de 1999 - Artículo 28**
*"**ARTICULO 28. ATRIBUTOS JURIDICOS DE UNA FIRMA DIGITAL.** Cuando una firma digital haya sido fijada en un mensaje de datos se presume que el suscriptor de aquella tenía la intención de acreditar ese mensaje de datos y de ser vinculado con el contenido del mismo.*
***PARAGRAFO.** El uso de una firma digital tendrá la misma fuerza y efectos que el uso de una firma manuscrita, si aquélla incorpora los siguientes atributos:*
*1. Es única a la persona que la usa.*
*2. Es susceptible de ser verificada.*
*3. Está bajo el control exclusivo de la persona que la usa.*
*4. Está ligada a la información o mensaje, de tal manera que si éstos son cambiados, la firma digital es invalidada.*
*5. Está conforme a las reglamentaciones adoptadas por el Gobierno Nacional".*

# UTILIZACIÓN DE FIRMA DIGITAL EN INFORMES DE GESTIÓN

E

Edgardo Efraín Gómez Barros
Mar 08/02/2022 15:33

Para: Eloina del Carmen Goenaga Jimenez

Solicitud atendida.

**EDGARDO E. GOMEZ BARROS**
Subsecretario de Contabilidad
**SECRETARÍA DE HACIENDA**
**GOBERNACION DEL ATLANTICO**