

|                                                                                   |                                                                                                            |                     |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------|
|  | <b>INFORME DE SUPERVISION DE<br/>CONTRATOS PARA PRESTACION DE<br/>SERVICIOS – BIENES Y<br/>SUMINISTROS</b> | VERSION             | 001        |
|                                                                                   |                                                                                                            | FECHA DE APROBACION | 2021-11-22 |

|                            |           |
|----------------------------|-----------|
| Informe de Supervisión No: | 3         |
| Contrato No:               | 202200194 |

## 1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

|                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                  |                   |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------|
| Contratista:                                                   | JHONY VILLANUEVA GARCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                  |                   |
| Identificación:                                                | 852.784                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                  |                   |
| Tipo de Contrato:                                              | PRESTACION DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                  |                   |
| Nombre del Supervisor:                                         | ELOINA GOENAGA JIMENEZ                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                  |                   |
| Objeto del Contrato:                                           | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA ASISTIR Y ACOMPAÑAR LA PREVENCIÓN PRIMARIA, PROMOCIÓN, INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LAS ETV Y ZONOSIS, MEDIANTE LOS DIFERENTES PROCESOS QUE LLEVA A CABO LA SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA EN LOS 22 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO |                                  |                   |
| Plazo de Ejecución:                                            | El plazo para la ejecución del contrato será por siete (7) meses, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución..                                                                                                                                                |                                  |                   |
| Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P) | 202200245                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Fecha de C.D.P.                  | 2022 / 01 / 03    |
| Número de Registro Presupuestal (R.P.)                         | 202201533                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Fecha del R.P.                   | 2022 / 01 / 12    |
| Valor del Contrato                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                  |                   |
|                                                                | Contrato Inicial                                                                                                                                                                                                                                                                                         | \$ 14.000.000.00                 |                   |
|                                                                | Adición 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                | \$                               |                   |
|                                                                | Adición 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                | \$                               |                   |
|                                                                | Adición 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                | \$                               |                   |
|                                                                | Total                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$ 14.000.000.00                 |                   |
| Fecha de inicio del contrato                                   | Fecha de terminación del contrato                                                                                                                                                                                                                                                                        | Fecha de Suspensión del contrato | Fecha de reinicio |
| 2022/01/12                                                     | 2022/08/11                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                  |                   |

### 1.1 MODIFICACIONES DEL CONTRATO

| DOCUMENTO | FECHA SUSCRIPCION | PRÓRROGA DEL PLAZO | ADICIÓN VALOR | OBSERVACIÓN |
|-----------|-------------------|--------------------|---------------|-------------|
|           |                   |                    |               |             |
|           |                   |                    |               |             |
|           |                   |                    |               |             |
|           |                   |                    |               |             |

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

| 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             |                    |                    |

|                                                                                   |                                                                                                            |  |                     |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|------------|
|  | <b>INFORME DE SUPERVISION DE<br/>CONTRATOS PARA PRESTACION DE<br/>SERVICIOS – BIENES Y<br/>SUMINISTROS</b> |  | VERSION             | 001        |
|                                                                                   |                                                                                                            |  | FECHA DE APROBACION | 2021-11-22 |

|  |  |  |                                                                         |  |  |
|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------|--|--|
|  |  |  | 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           |   | \$ 14.000.000 |
| Adición No. 1                        |   | \$            |
| Adición No. 2                        |   | \$            |
| Adición No. 3                        |   | \$            |
| Valor Total del contrato             |   | \$ 14.000.000 |
| Porcentaje del Anticipo              | % | \$            |
| Porcentaje del Pago anticipado       | % | \$            |
| Valor Amortizado del Anticipo        |   | \$            |
| Valor Ejecutado del Contrato         |   | \$ 6.000.000  |
| Valor por ejecutar                   |   | \$ 8.000.000  |
| Valor a pagar en el presente Informe |   | \$ 2.000.000  |
| No. Factura o Cuenta de Cobro        |   | 3             |

### 4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO

#### 4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 12 DE MARZO AL 11 DE ABRIL 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                                                                                                                                                                                                                                   |
| Adoptar y dar cumplimiento al manual de actividades y/o acciones de ETV que hayan sido diseñadas por la Secretaría de Salud del Departamento del Atlántico. | Se adoptó el manual en las actividades de visitantes por parte del Programa ETV y ser aplicado en las visitas diarias en el municipio de Piojo y Corregimiento de hibacharo.                                                               |
| Realizar diagnostico en la primera visita para establecer el objetivo conductual a trabajar en el área programática.                                        | Se realizó diagnostico en el municipio de Piojo (Los alpes, villa paraíso, Chambacu, bellavista, la Cruz, villa Ledis, Los Olivos) , Corregimiento de hibacharo (el poso), corregimiento de Aguas Vivas(arriba, abajo y vereda villalata). |

|                                                                                   |                                                                                                            |                     |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------|
|  | <b>INFORME DE SUPERVISION DE<br/>CONTRATOS PARA PRESTACION DE<br/>SERVICIOS – BIENES Y<br/>SUMINISTROS</b> | VERSION             | 001        |
|                                                                                   |                                                                                                            | FECHA DE APROBACION | 2021-11-22 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Visitar diariamente en forma integral las viviendas asignadas realizando como mínimo 30 visitas diarias, efectuando las actividades del control de los riesgos ambientales y de vectores de acuerdo con los lineamientos señalados por la Subsecretaria de Salud Pública con el fin de cumplir con los objetivos conductuales y entomológicos, acordes con los diferentes planes de salud establecidos, localizando e identificando los criaderos efectivos. | <b>Albercas</b><br>Inspeccionadas 128 Positivas 31 Con Peces 7<br>Albercas Tapadas 76<br><b>Tanques</b><br>Inspeccionadas 511 Positivos 54 Con peces 5<br>Tapados 374.<br><b>Diversos</b><br>Inspeccionados 1390 Positivos 6 Tapados 1240<br>Eliminados 3          |
| Realizar los controles y eliminación de focos cuando se requiera, de acuerdo con los lineamientos señalados por la Secretaria de Salud, en articulación con el coordinador de área.                                                                                                                                                                                                                                                                          | Se realizó eliminación de Focos en los depósitos donde se realizaron las intervenciones en el municipio y barrios mencionados anteriormente.                                                                                                                       |
| Asistir a las reuniones periódicas a las cuales se le convoque, ya sea por medios digitales o de manera física.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Se asistió a las reuniones requeridas por la coordinadora.                                                                                                                                                                                                         |
| Cumplir con el número de visitas programadas para el cumplimiento de las metas del Plan de Salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>VIVIENDAS</b><br>Inspeccionadas 408 Positivas 70 con Peces 6<br>Cerradas 21 Desocupadas 12 Renuentes 4                                                                                                                                                          |
| Entregar las planillas y formatos diligenciados en las visitas diariamente al coordinador de área o a quien este delegue.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Se entregó planillas y formatos a la Coordinadora asignada                                                                                                                                                                                                         |
| Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor del contrato con relación a su objeto contractual.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Se realizó intervenciones en los entornos educativos (Hogar de bienestar familiar, Institución Educativa San Antonio De Villalata) y laborales (Tiendas) en el municipio de piojo.<br>Se apoyó en las actividades de bloqueo en el municipio de piojo y hibacharo. |

#### 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.

- Seguimiento financiero y presupuestal del contrato.
- Conformación, actualización y seguimiento del expediente con la documentación relacionada con la ejecución del contrato.
- Verificación del pago de Estampillas
- Verificación de la vigencia de la garantía exigida en el contrato.
- Verificación y aprobación de los soportes necesarios para el pago.
- Expedición de la certificación del recibo a satisfacción correspondiente al periodo descrito, de conformidad con el servicio recibido.
- 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).



SC-CER627381

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

Gobernación del Atlántico  
atlantico.gov.co

• atencionalciudadano@atlantico.gov.co  
• (57)(5) 330 7103  
• Calle 40 carreras 45 y 46 / Barranquilla - Colombia  
Línea Gratuita: 01 8000 915 307

|                                                                                   |                                                                                                            |  |                     |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|------------|
|  | <b>INFORME DE SUPERVISION DE<br/>CONTRATOS PARA PRESTACION DE<br/>SERVICIOS – BIENES Y<br/>SUMINISTROS</b> |  | VERSION             | 001        |
|                                                                                   |                                                                                                            |  | FECHA DE APROBACION | 2021-11-22 |

**ELOINA GOENAGA 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 (\*)

| <u>Número de la Cuenta de Cobro</u> | <u>Número de la Planilla</u>            | <u>Fecha de Pago Planilla</u> | <u>Valor Total de la Planilla</u> |
|-------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| 1                                   | 4433237464                              | 2022/02/11                    | \$ 309.400                        |
| 2                                   | 4439325101                              | 2022/03/24                    | \$ 309.400                        |
| 3                                   | 4439325731                              | 2022/03/24                    | \$ 309.400                        |
|                                     |                                         |                               |                                   |
|                                     | <u>SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS</u> |                               | <b>\$ 928.200</b>                 |

**(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 **05** días del mes de **mayo** de **2022**.

*Eloina Goenaga J.*

**FIRMA DEL SUPERVISOR**

**C.C.: 32.609.770 de Barranquilla**

*Jonny Villanueva García*

**FIRMA DEL CONTRATISTA**

**C.C.: 852.784 de Piojo**

Barranquilla, 08-02-2022

Señores

**SUBSECRETARÍA DE CONTABILIDAD DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO**

Atn, Dr. Edgardo Gómez Barros

Subsecretario de Contabilidad

[egomez@atlantico.gov.co](mailto: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](mailto: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<sup>1</sup> 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,

*E. Goenaga J.*

**ELOINA GOENAGA JIMENEZ**

Subsecretaria de Salud Pública del Departamento del Atlántico

Pr: Ricardo Guerra  
VºBº: Katherine del P. González M.

<sup>1</sup> 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 aquella 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



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**