***Nota: (Diligenciar los cuadros con la información del contrato y acta de inicio)***

| | |
|---|---|
| **Informe de Supervisión No:** | 4 |
| **Contrato No:** | 202200784 |

## 1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contratista:** | Daniela Esther cervantes esquea | | |
| **Identificación:** | 1048215583 | | |
| **Tipo de Contrato:** | Prestación de servicios | | |
| **Nombre del Supervisor:** | ELOINA DEL CARMEN GOENAGA JIMENEZ | | |
| **Objeto del Contrato:** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DE GUARDIANES DE LA SALUD, PARA DESARROLLAR LA PLANIFICACIÓN, ORGANIZACIÓN, IMPLEMENTACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES QUE CONTRIBUYA A LAS INTERVENCIONES REGULARES Y CONTINGENCIALES DE FACTORES RIESGO AMBIENTAL Y COMPORTAMENTALES, A TRAVÉS DE BÚSQUEDA ACTIVA QUE PERMITAN PREVENIR O MINIMIZAR LOS DIFERENTES EVENTOS EN SALUD PÚBLICA, QUE SE PRESENTEN EL 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)** | 202200281 | **Fecha de C.D.P.** | 2022 / 01 /03 |
| **Número de Registro Presupuestal (R.P.)** | 202201271 | **Fecha del R.P.** | 2022 / 01 / 11 |
| **Valor del Contrato** | **Contrato Inicial** $ 11.200.000<br>**Adición 1** $<br>**Adición 2** $<br>**Adición 3** $<br>**Total** $ 11.200.000 | | |

| Fecha de inicio del contrato | Fecha de terminación del contrato | Fecha de Suspensión del contrato | Fecha de reinicio |
|---|---|---|---|
| 2022/01/06 | 2022/08/05 | | |

### 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 | | Amparos | Vigencia |
|---|---|---|---|---|

| | | **Actualización de Póliza (En caso que aplique)** | | **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** | | **$11.200.000** |
| **Adición No. 1** | | **$** |
| **Adición No. 2** | | **$** |
| **Adición No. 3** | | **$** |
| **Valor Total del contrato** | | **$11.200.000** |
| **Porcentaje del Anticipo** | **%** | **$** |
| **Porcentaje del Pago anticipado** | **%** | **$** |
| **Valor Amortizado del Anticipo** | | **$** |
| **Valor Ejecutado del Contrato** | | **$6.400.000** |
| **Valor por ejecutar** | | **$4.800.000** |
| **Valor a pagar en el presente Informe** | | **$1.600.000** |
| **No. Factura o Cuenta de Cobro** | | **4** |

**4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO**
**4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 6 de abril AL 5 DE mayo 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** |
| 1) Realizar visitas domiciliarias según se requieran con el objetivo de identificar factores de riesgo y búsqueda activa de casos de eventos de interés en salud pública | se realizaron visitas domiciliarias , concientizando a la población sobre La prevención y manejo del dengue, demanda inducida covid 19 y búsqueda de gestantes en los barrios san José, el roble, |

| | |
|---|---|
| | Santander y la arena del corregimiento de campeche. |
| 2) realizar seguimiento a la población de los municipios y corregimientos del departamento del atlántico, que hayan sido objeto de vacunación contra el covid 19. | Apoyo a vacunación covid 19 en primeras, segundas y terceras dosis, casa a casa en el barrio Santander, institución educativa (I.E.T.A.C) y el puesto de salud de campeche. |
| 3) desarrollar acciones educativas, individuales y colectivas encaminadas a la promoción de salud, prevención de la enfermedad y vigilancia epidemiológica de los eventos de salud pública prevalentes en el municipio y corregimientos. | Educación a los habitantes sobre la importancia de continuar el esquema de vacunación y sobre el manejo y la prevención del dengue en los hogares del corregimiento de campeche. |
| 4) apoyar todas las acciones de la subsecretaria de salud pública extramurales que se requieren para el control de los eventos de interés en salud pública. | Se realizo jornada de vacunación covid 19 en las instituciones educativas de los corregimientos de pital y sibarco, el día 27 de abril se realiza prevención y manejo del dengue con apoyo del laboratorio de salud pública en el barrio villa olímpica del municipio de Galapa, el día 30 de abril se realiza apoyo a jornada de vacunación de las Américas (covid, esquema regular, vph) en apoyo a la E.S.E del municipio de Baranoa |
| 5) apoyar en la realización de jornadas educativas y otras que se requieran, de acuerdo a las necesidades particulares de la secretaria de salud departamental. | . Se realiza charlas educativas de sensibilización a los habitantes del corregimiento de campeche, municipio de Baranoa y Galapa, informando la importancia de las vacunas manejo y prevención del dengue |
| 6) realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por el supervisor, en relación con su objeto contractual. | Realice el informe de mis actividades durante el mes con fotos de los formatos que utilizamos en cada evento, enviándoselas a su correo electrónico. |

***NOTA: Se relacionan las actividades realizadas por el contratista durante el plazo de ejecución del contrato.***

**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 del Carmen Goenaga Jiménez** 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 | 1043172911 | 2022/02/01 | $ 206.400 |
| 2 | 10439533849 | 2022/03/03 | $ 309.400 |
| 3 | 1044380902 | 2022/04/05 | $ 309.400 |
| 4 | 1045164678 | 2022/05/03 | $309.400 |
| | SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS | | $1.186.200 |

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

EGoenaga J.

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

**FIRMA DEL CONTRATISTA**
**C.C.: 32.833.003 de Baranoa**

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**