| | |
|---|---|
| **Informe de Supervisión No:** | 1 |
| **Contrato No:** | 202200579 |

## 1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contratista:** | ANA ISABEL NIEBLES PERTUZ | | |
| **Identificación:** | 1048322541 | | |
| **Tipo de Contrato:** | Prestación de servicio | | |
| **Nombre del Supervisor:** | Eloina goenaga | | |
| **Objeto del Contrato:** | ***PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA ACOMPAÑAR Y ASISTIR LAS ACCIONES, ACTIVIDADES Y PROCESOS QUE SE LLEVAN A CABO EN EL AREA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA, EN LOS 22 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO.*** | | |
| **Plazo de Ejecución:** | ***por cinco (05) meses, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.*** | | |
| **Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)** | **202200503** | **Fecha de C.D.P.** | 11-01-2022 |
| **Número de Registro Presupuestal (R.P.)** | **202202182** | **Fecha del R.P.** | 17-01-2022 |

| | | |
|---|---|---|
| **Valor del Contrato** | **Contrato Inicial** | $ 13.850.000 |
| | **Adición 1** | $ |
| | **Adición 2** | $ |
| | **Adición 3** | $ |
| | **Total** | $ 13.850.000 |

| Fecha de inicio del contrato | Fecha de terminación del contrato | Fecha de Suspensión del contrato | Fecha de reinicio |
|---|---|---|---|
| 17-01-2022 | 16-06-2022 | | |

### 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 | | |
| | | | 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** | | $ 13.850.000 |
| **Adición No. 1** | | $ |
| **Adición No. 2** | | $ |
| **Adición No. 3** | | $ |
| **Valor Total del contrato** | | $13.850.000 |
| **Porcentaje del Anticipo** | **%** | $ |
| **Porcentaje del Pago anticipado** | **%** | $ |
| **Valor Amortizado del Anticipo** | | $ |
| **Valor Ejecutado del Contrato** | | $2.770.000 |
| **Valor por ejecutar** | | $ 11.080.000 |
| **Valor a pagar en el presente Informe** | | $ 2.770.000 |
| **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 17 de enero AL 16 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** |
| Apoyar enla búsqueda activa de eventos de interés en salud pública en especial coronavirus covid-19, en coordinación con las acciones de vigilancia epidemiológica. | Realice Apoyo en la búsqueda activa para prueba de covid-19y apoyo en vacunacion contra covid - 19 en los municipio de soledad , malambo, polo nuevo, Barano,barrio a barrio y casa a casa<br>., se obtuvo una muy buena aceptación de parte de la comunidad, obteniendo un buen resultado de pruebas realizadas |
| Realizar identificación y búsqueda de contactos estrechos de casos de eventos de interés ensalud pública con énfasis en coronavirus covid-19. | realice búsquedas activas casa a casa, informándole y educando a cada miembro de la comunidad que se llevaría a cabo actividades de pruebas covid-19 y apoyo en vacunacion las personas que deseaban realizarse la prueba de covid-19,y acccedian a vacunarse realice entrega de tapabocas a la población |
| Realizar acciones de IEC en las comunidades encaminadas a la prevención de | Apoye en la búsqueda y pruebas covid-19 y vacunacion covid -19 en los diferentes barrios de malambo, soledad Baranoa a todas las viviendas y los locales comerciales, |

| | |
|---|---|
| los eventos de interés en salud pública con énfasis encoronavirus covid-19. | haciendo énfasis en los protocolos de seguridad que deben seguir cada uno para un mejor auto cuidado. Con todo el equipo de trabajo. |

**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 GOENAGA)** 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 PRESTACIONES SOCIALES (*)**

| Número de la Cuenta de Cobro | Número de la Planilla | Fecha de Pago Planilla | Valor Total de la Planilla |
|---|---|---|---|
| | 9429990305 | 2022/05/04 | 333.200 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS | | |

Se firma en Barranquilla, a los 06 ías del mes de ABRIL de **2022**

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

**C.C.:** **(1.048.322.541)** **de** **(malambo)**

(*) La información contenida en estos puntos debe ser verificada por CONTABILIDAD, además del supervisor del contrato

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**