Informe de Supervisión No:	**02**
Contrato No:	**202200404**

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

Contratista:	**Luz Jiménez Cassiani**		
Identificación:	**32.608.973**		
Tipo de Contrato:	**PRESTACION DE SERVICIOS**		
Nombre del Supervisor:	**ELOINA GOENAGA JIMENEZ**		
Objeto del Contrato:	Prestación de servicios de apoyo a la gestión para acompañar y asistir la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades emergentes – remergentes y desatendidas – Tuberculosis, mediante las acciones que lleva a cabo la subsecretaria de salud pública en los 22 municipios del departamento del Atlántico para el fortalecimiento y cumplimiento de los planes y programas establecidos en el plan de desarrollo.		
Plazo de Ejecución:	Termino de siete (7) meses.		
Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	**202200253**	**Fecha de C.D.P.**	**(03-01-2022)**
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	**202201216**	**Fecha del R.P.**	**(11-01-2022)**
Valor del Contrato	**Contrato Inicial** $ **19.390.000** **Adición 1** $ **Adición 2** $ **Adición 3** $ **Total** $ **19.390.000**		

Fecha de inicio del contrato	Fecha de terminación del contrato	Fecha de Suspensión del contrato	Fecha de reinicio
(11-01-2022)	**(10-08-2022)**		

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. GAR AN TIAS CO NS TITU ID AS PO R EL C ON TRA TIS TA (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	Amparos	Vigencia

		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		$ **19.390.000**
Adición No. 1		$
Adición No. 2		$
Adición No. 3		$
Valor Total del contrato		$ **19.390.000**
Porcentaje del Anticipo	%	$
Porcentaje del Pago anticipado	%	$
Valor Amortizado del Anticipo		$
Valor Ejecutado del Contrato		**$ 5.540.000**
Valor por ejecutar		$ **113.850000**
Valor a pagar en el presente Informe		$ **2.770.000**
No. Factura o Cuenta de Cobro		**Pago parcial N° 2**

4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO

4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL **11 DE FEBRERO AL 10 DE MAZO 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**
Desarrollar las visitas de seguimiento al 100% de los casos de tuberculosis sensibles reportados al programa, con el fin de garantizar la adherencia del tratamiento, como apoyo a la identificación de pacientes inasistentes y no adherentes al tratamiento.	Realizo llamada y visita de seguimiento a los pacientes y jefas de enfermeras encargadas del programa de los municipios asignados. (Sabanalarga, Repelón, Manatí, Candelaria, Malambo, Sabanagrande, Santo Tomas, Palmar de Varela, Galapa, Baranoa).
Mantener búsquedas el seguimiento estricto activas institucionales en y la realización comunitarias y de sintomáticos respiratorias, en cada uno de los municipios de las áreas asignadas con el reporte mensual de las actividades.	Realizo seguimiento en las instituciones con las búsquedas activas. Durante el periodo realizo llamadas a las jefas de los municipios para realizar seguimiento de los pacientes con su tratamiento.

Recibir la información de los casos de TB que ingresen al programa y entregar la información de campo semanalmente.	Con la información recolectada de las visitas realizadas a las ESE y pacientes se realizó el cruce de la base de datos.
Realizar procesos educativos a los pacientes diagnosticados y los contactos de áreas asignadas con el fin de fomentar del autocuidado en las etapas de atención, identificar sintomático respiratorio en la visita inicial y de seguimiento (seis meses y Run año) de los pacientes, en coordinación con Vigilancia Epidemiológica.	Realizo encuesta de instrumento programático de seguimiento y refuerzo conocimiento frente al diagnóstico y tratamiento a personas afectadas por la tuberculosis y sus contactos. Entrego 13 formatos de instrumento programático de pacientes nuevos y 33 de seguimiento de personas afectadas por tuberculosis y sus contactos de los municipios asignados.
Reportar y hacer seguimiento a los contactos sintomáticos respiratorios identificados en la visita y los contactos menores de cinco (5), con las acciones de evaluación semanalmente.	Durante el mes se reportaron y se realizó seguimiento a los contactos sintomáticos respiratorios y menores de cinco años Durante el periodo realizo seguimiento a los pacientes con tratamiento de TB, en los diferentes municipios asignados, y proceso educativo a los pacientes y familiares.
Apoyar las actividades administrativas del programa detuberculosis.	Febrero 14 asisto reunión virtual con la Dra. Magda y equipo Febrero 14 asistí a reunión en la ESE de Galapa organizar el evento del día de la tuberculosis. Febrero 26 Asisto capacitación virtual Nuevos lineamientos de la Tuberculosis dirigida por la Dra. Magda Pérez. Marzo 1 asisto a reunión dirigida por Dra. Magda y Dra. Tere del laboratorio y equipo de TB en secretaria de salud pública departamental 24 febrero Asisto segundo CERCET del programa. Durante el mes apoyo todas las actividades administrativas asignadas.
Entrega mensual de informe de actividades de avances e indicadores de programa de acuerdo a los términos de referencia.	Se realiza entrega de informe de actividades mensual.
Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas porparte del supervisor, con relación a su objeto contractual.	Se realizó todas las actividades asignadas. Realizo apoyo a tecnica para alimentar base de datos de los pacientes con tratamiento y sus contactos

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 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 (*)

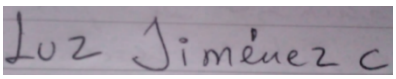
Número de la Cuenta de Cobro	Número de la Planilla	Fecha de Pago Planilla	Valor Total de la Planilla
01	4447569931	19/05/2022	342.800
02	4453863973	06/07/2022	342.800
	SUMATORIA TOT AL DE LAS PLANILLAS		685.600

(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 10 días del mes de AGOSTO **2022**

E Goenaga J.
FIRMA DEL SUPERVISOR
C.C 32.609.770 de Barranquilla


FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C 32608973 de Barranquilla

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