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

| | |
|---|---|
| **Informe de Supervisión No:** | **2** |
| **Contrato No:** | 202301210 |

## 1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contratista:** | AURA MARIA LLANOS CALDERIN | | |
| **Identificación:** | 32,777,726 | | |
| **Tipo de Contrato:** | PRESTACION DE SERVICIOS | | |
| **Nombre del Supervisor:** | ELOINA DEL CARMEN GOENAGA JIMENEZ | | |
| **Objeto del Contrato:** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA ACOMPAÑAR Y ASISTIR LA PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES EMERGENTE, REMERGENTES Y DESATENDIDAS – TUBERCULOSIS, MEDIANTE LAS ACCIONES 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 (6) SEIS MESES, CONTADOS A PARTIR DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN. | | |
| **Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)** | **202300750** | **Fecha de C.D.P.** | 2023 / 02 / 28 |
| **Número de Registro Presupuestal (R.P.)** | **202302111** | **Fecha del R.P.** | 2023 / 03 / 22 |
| **Valor del Contrato** | **Contrato Inicial** $ 16,620,000,00<br>**Adición 1** $<br>**Adición 2** $<br>**Adición 3** $<br>**Total** $ 16,620,000,00 | | |

| Fecha de inicio del contrato | Fecha de terminación del contrato | Fecha de Suspensión del contrato | Fecha de reinicio |
|---|---|---|---|
| 22/03/2023 | 21/09 /2023 | | |

### 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** | | $16,620,000,00 |
| **Adición No. 1** | | **$** |
| **Adición No. 2** | | **$** |
| **Adición No. 3** | | **$** |
| **Valor Total del contrato** | | $16,620,000,00 |
| **Porcentaje del Anticipo** | **%** | **$** |
| **Porcentaje del Pago anticipado** | **%** | **$** |
| **Valor Amortizado del Anticipo** | | **$** |
| **Valor Ejecutado del Contrato** | | **$ 5.540.000** |
| **Valor por ejecutar** | | **$ 11.080.000** |
| **Valor a pagar en el presente Informe** | | **$ 2,770,000** |
| **No. Factura o Cuenta de Cobro** | | **(2)** |

**4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATOO 2**

SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DE ABRIL 22 AL 21 DE MAYO DEL 2023

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 primera visita y de seguimiento al 100% a cada paciente y sus contactos de los casos de TB sensible reportados al programa, con el fin d garantizar la adherencia, como apoyo para la identificación de pacientes inasistentes no adherentes altratamiento | Se realizó primera visita y de seguimiento a los siguientes pacientes quienes informan estar recibiendo su tratamiento de manera puntual de la E.S.E. que<br><br>**MALAMBO**:<br>CHARLY CUENTAS DE LA HOZ<br>LEYDIS JIMENEZ BOLAÑO<br>ANGEL MARQUEZ CABALLERO<br>JORGE RODRIGUEZ AGUIRRE<br>LUZ VARGAS CARO<br>NAIRO MARTES SANDOVAL<br>ALVARO AVILA GONSALEZ<br>BRAYAN GUTIERREZ JIMENEZ<br>STEVEN RODRIGUEZ BOLAÑO<br>DEIVIS ORTIZ DIAZ |

| | |
|---|---|
| | JORGE CAMARGO SUAREZ<br><br>**SANTO TOMAS**<br>SAUL MERCADO DE ARCO<br>ANA MELENDEZ RIVAS<br><br>**TUBARA:**<br>JAIBER VARGAS DE LA CRUZ<br>TOMAS ORELLANO MEDINA<br><br>**PUERTO COLOMBIA:**<br>EDWIN ARIZA GERONIMO<br>CATALINA GONZALEZ DE VEGA<br>PEDRO SANCHEZ HERNANDEZ<br><br>**LURUACO**<br>MILENA TOVAR MESSINO<br><br>**JUAN DE ACOSTA**<br>ADRIANA AREVALO DE LA ROSA<br>WILMER TAYUPO TAYUPO |

**SEGUIMIENTO :**
JOSE ANGEL JIMNENEZ PACHECO
GUILLERMO RADA PADILLA
(JUAN DE ACOSTA)

JOSE MARIO VALENCIA PEREZ
(CAMPO DE LA CRUZ)

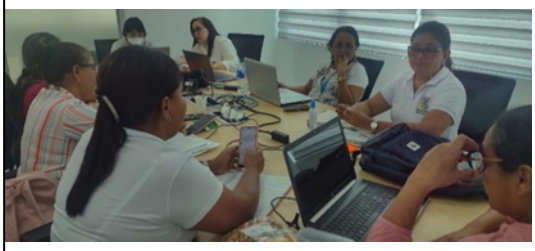
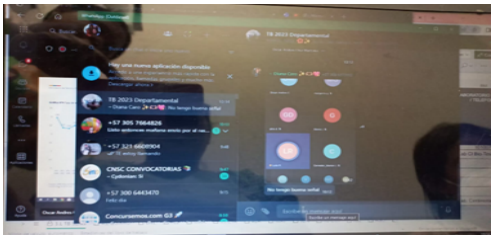
MARITZA BARRIOS CUETO
(SUAN)





**Logros:** identificación oportuna de sintomáticos respiratorios entre los convivientes adultos y menoresde 5 años.

Se realiza seguimiento vía telefónica a pacientes semanalmente y entrega reporte con el fin de mantener la adherencia al tratamiento.

| | |
|---|---|
| Realizar visitas a los 11 municipios asignados para recopilar información detallada 7 lograr mantener actualizada la base de datos del año actual con información sobre ingresos de nuevos pacientes enel programa de TUBERCULOSIS | Se entregan planillas de Visitas realizadas a los pacientes con casos de Tuberculosis sensible reportados al programa de TB, con el fin de mantener actualizada la base de datos.<br>A la persona encargada Sra. Mónica Torregrosa |
| Recibir la información de los casos de TB que ingresan al programa y entregar la investigación decampo, semanalmente<br><br>Se asistieron a reuniones programadas por la coordinadora del programa paraorganizar actividades y actualizar<br><br>co nocimiento<br><br> | se logra contacto con las jefes encargadas del programa de TB en cada<br>E.S.E. de los municipios de la vía oriental para solicitar información relacionada con los pacientes, se notifican las visitas realizadas y los hallazgos encontrados durante esta.<br><br>Se entrega informe mensual de avance de las actividades según los indicadores de referencia.<br><br>----------<br>jueves, 13 de abril de 2023<br>8:10 a.m. - 1:10 p.m.<br>https://teams.microsoft.com/l/meetup-<br><br><br>Reunión de programa<br>Día; 21 de abril de 2023<br>Hora: 08:00 am salud publica<br><br>Reunión de programa<br>Día; 28 de abril de 2023<br>Hora: 08:00 am salud publica |

*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.

**5. 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.

**6. 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 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.

**6.1 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 |
|---|---|---|---|
| MARZO | **9450203490** | 27-04-2023 | $ 366.500 |

**(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 EL DIA 23 DEL MES DE MAYO DE 2023

/-

**FIRMA DEL SUPERVISOR**

**C.C: 32.609.770 de Barranquilla**

**FIRMA DEL CONTRATISTA**
**AURA LLANOS CALDERIN**
C**.C.: (32.777.726) de BARRANQUILLA)**

Barranquilla, 14-04-2023

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 diciembre de 2023, para los funcionarios cuyo supervisor sea la subsecretaria de salud pública.

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".*

**De:** Edgardo Efraín Gómez Barros <egomez@atlantico.gov.co>
**Enviado:** lunes, 17 de abril de 2023 11:22
**Para:** Eloina del Carmen Goenaga Jimenez <egoenaga@atlantico.gov.co>
**Asunto:** RE: UTILIZACIÓN DE FIRMA DIGITAL EN INFORMES DE GESTIÓN (RESPUESTA A CIRCULAR 20210740003173 DEL 16-11-2021). 2023

Solicitud atendida

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