| | |
|---|---|
| **Informe de Supervisión No:** | 2 |
| **Contrato No:** | 202301684 |

## 1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contratista:** | YOLANDA DEL CAMREN CHARRIS | | |
| **Identificación:** | C.C. 32.830.221 | | |
| **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 PARA ASISTIR Y ACOMPAÑAR LAS ACCIONES DE PREVENCIÓN PRIMARIA, PROMOCIÓN, INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LAS ETV DENTRO DE LA DIMENSION VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DESARROLLADAS POR LA SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA EN LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO* | | |
| **Plazo de Ejecución:** | *El plazo para la ejecución del contrato será por seis (6) meses, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.* | | |
| **Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)** | 202300909 | Fecha de C.D.P. | 2023 / 03 /07 |
| **Número de Registro Presupuestal (R.P.)** | 202302521 | Fecha del R.P. | 2023 / 03 / 28 |

| | | |
|---|---|---|
| **Valor del Contrato** | **Contrato Inicial** | $ 12.000.0.00 |
| | **Adición 1** | $ |
| | **Adición 2** | $ |
| | **Adición 3** | $ |
| | **Total** | $ 12.000.000 |

| **Fecha de inicio del contrato** | **Fecha de terminación del contrato** | **Fecha de Suspensión del contrato** | **Fecha de reinicio** |
|---|---|---|---|
| 28/03/2023 | 2023/09/27 | | |

### 1.1 MODIFICACIONES DEL CONTRATO

| 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)

| 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** | | **$ 12.000.000** |
| **Adición No. 1** | | **$** |
| **Adición No. 2** | | **$** |
| **Adición No. 3** | | **$** |
| **Valor Total del contrato** | | **$ 12.000.000** |
| **Porcentaje del Anticipo** | **%** | **$** |
| **Porcentaje del Pago anticipado** | **%** | **$** |
| **Valor Amortizado del Anticipo** | | **$** |
| **Valor Ejecutado del Contrato** | | **$ 4.000.000** |
| **Valor por ejecutar** | | **$ 8.000.000** |
| **Valor a pagar en el presente Informe** | | **$ 2.000.000** |
| **No. Factura o Cuenta de Cobro** | | **2** |

**4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO**

**4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 28 DE ABRIL AL 27 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** |
| **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 adopto el manual de actividades acciones ETV diseñadas por la Secretaria de Salud, para dar cumplimiento a nuestra labor y mantener actualizado el diagnostico en los instrumentos diseñados por la Secretaria de Salud, con el fin de trabajar en las áreas programadas ven los municipios de Baranoa y Galapa |
| **REALIZAR Y MANTENER ACTUALIZADO EL DIAGNOSTICO SANITARIO EN LOS INSTRUMENTOS DISEÑADOS QUE POSEE LA SECRETARÍA DE SALUD** | Se realizó actualización de los datos recolectados sobre el diagnostico Sanitario con los instrumentos diseñados por la secretaria de Salud para llevar a |

| | |
|---|---|
| **DEPARTAMENTAL PARA TAL FIN.** | cabo la actualización del diagnóstico, en los municipios asignados. |
| **REALIZAR DIAGNOSTICO EN LA PRIMERA VISITA PARA ESTABLECER EL OBJETIVO CONDUCTUAL A TRABAJAR EN EL ÁREA PROGRAMÁTICA.** | Se realizó la primera visita en cada vivienda visitada con el fin de establecer el objetivo conductual para trabajar sobre el área programada. |
| **REALIZAR SEGUNDA VISITA DE SEGUIMIENTO, EN LA CUAL SE IMPLEMENTE LA ESTRATEGIA DE EDUCACIÓN QUE SERA IMPARTIDA A LA FAMILIA PARA LOGRAR LOS CAMBIOS CONDUCTUALES DE ESTA** | Se realizó segunda visita a las viviendas focalizadas en la primera vista donde se realizó orientación en la educación donde se le dio bases para realizar los respectivos cambios de su vida conductual |
| **REALIZAR ÚLTIMA VISITA DE SEGUIMIENTO Y MEDIR EL IMPACTO QUE HAYA OBTENIDO EN LA FAMILIA SEGÚN LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS PARA BENEFICIO DE ÉSTA.** | Se realizo la visita de seguimiento verificando que cada familia cumpla con los objetivos propuestos del beneficio de cambios que los ayuden cumplir con los objetivos que benefician a la comunidad en general. |
| **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.** | Realice el siguiente consolidado: municipio de Baranoa en el barrio Santa Elena con el siguiente resultado:<br>Viviendas visitadas: 364, Cerradas 2, Deshabitada 5, **Albercas** inspeccionadas 44, Positivas: 15 con peces: 4 Tapados: 19, tratados: 3 **Tanques inspeccionados: 123** Positivas: 18 con peces: 3 Tapados: 72, tratados: 0 **Diversos: 766** Positivas: 33 Tapados: 230 tratados: 5, Eliminados: 229 **Llantas: 12** Eliminados: 5. Control Biológico 2 Dimilin 57. Entornos laborales 6 |
| **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 los controles de eliminación de focos en los casos requeridos de acuerdo a los lineamientos señalados por la secretaria de salud, en articulación con el coordinador del área realizando un bloqueo |
| **REALIZAR SOCIALIZACIONES EN LA VISITA A NIVEL FAMILIAR QUE SE LLEVAN A CABO EN EL DOMICILIO, PARA EL CONTROL DE RIESGO DE LOS FACTORES DE AQUELLAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES RELACIONADAS CON LOS RIESGOS AMBIENTALES.** | En cada visita que se realizó las respectivas charlas de socialización con las familias con respecto al riesgo de los factores de las enfermedades transmisibles relacionados con los riesgos ambientales |
| **REALIZAR EL CONTROL DE VECTORES INCIDENTES EN EL DEPARTAMENTO, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS TRAZADOS POR LA SECRETARIA DE SALUD CON ÉNFASIS EN EL CONTROL DEL AEDES AEGYPTIS.** | Se realizó las búsquedas de criaderos en la peri-domicilio o extra domicilió de las viviendas, cono albercas tanques, depósitos y llantas, charcos, margen de ríos, canales de desagüe. En general los criaderos con agua permanente, clara o turbia, con abundante vegetación circundante y emergente, particularmente para el control de Aedes Aegyptis. |
| **ORGANIZAR Y PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA QUE SE PROGRAMEN (RECOLECCIÓN DE INSERVIBLES, ACTIVIDADES DE EDUENTRETENIMIENTO).** | Se realizó intervención en el Cementerio del municipio de Galapa, verificando los floreros y eliminación del agua |
| **ASISTIR A LAS REUNIONES PERIÓDICAS A LAS CUALES SE LE CONVOQUE, YA SEA POR MEDIOS DIGITALES O DE MANERA FISICA.** | Se participa en las reuniones programadas por nuestro jefe inmediato coordinador a cargo |

| | |
|---|---|
| **CUMPLIR CON EL NÚMERO DE VISITAS PROGRAMADAS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS DEL PLAN DE SALUD.** | Se realizó visitas en general a un total de **364** viviendas. |
| **ENTREGAR LAS PLANILLAS Y FORMATOS DILIGENCIADOS EN LAS VISITAS DIARIAMENTE AL COORDINADOR DE ÁREA O A QUIEN ESTE DELEGUE** | Se cumplió con la visita programada cumpliendo con las metas del plan de Salud y con la entrega de las planillas debidamente diligenciada y entregada al coordinador del área. |
| **REALIZAR TODAS AQUELLAS ACTIVIDADES QUE LE SEAN ASIGNADAS POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO CON RELACION A SU OBJETO CONTRACTUAL** | Charlas educativas sobre la prevención del Dengue la eliminación de los focos y criaderos en la Institución Educativa Juan José Nieto de Baranoa.<br>Se realizó el informe de las actividades diarias reportándolas a la jefe, dando cumplimiento al objeto contractual. |

**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 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 (sin intereses) |
|---|---|---|---|
| 1 | 9448849821<br>9450856244 | 10/04/2023<br>12/05/2023 | $68.700<br>$3.200 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 9450856293 | 12/05/2023 | $358.900 |
| | SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS | | **$430.800** |

**(La sumatoria total de las planillas sin intereses 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 **02** días del mes de **junio** del 2023

.

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

**FIRMA DEL CONTRATISTA**
**C.C.: 32.830.221 de Baranoa**

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**