+9Nota: (Diligenciar los cuadros con la información del contrato y acta de inicio)

Informe de Supervisión No:	**02**
Contrato No:	**202301619**

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

Contratista:	**JOSE MANUEL OROZCO MESINO**		
Identificación:	**72.071.849**		
Tipo de Contrato:	**PRESTACION DE SERVICIOS**		
Nombre del Supervisor:	**ELOINA GOENAGA JIMENEZ**		
Objeto del Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA ASISTIR Y ACOMPAÑAR LA PREVENCIÓN PRIMARIA, PROMOCIÓN, INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LAS ETV Y ZOONOSIS, MEDIANTE LOS DIFERENTES PROCESOS 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 siete (7) 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.**	07 / 03 / 2023
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	**202302835**	**Fecha del R.P.**	10 / 04/ 2023
Valor del Contrato	**Contrato Inicial** $ 12.000.000.oo **Adición 1** $ **Adición 2** $ **Adición 3** $ **Total** $ 12.000.000.oo		

Fecha de inicio del contrato	Fecha de terminación del contrato	Fecha de Suspensión del contrato	Fecha de reinicio
10/04/2023	09/10/2023		

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		**$ 12.000.000.oo**
Adición No. 1		**$**
Adición No. 2		**$**
Adición No. 3		**$**
Valor Total del contrato		**$ 12.000..000.oo**
Porcentaje del Anticipo	**%**	**$**
Porcentaje del Pago anticipado	**%**	**$**
Valor Amortizado del Anticipo		**$**
Valor Ejecutado del Contrato		**$ 4.000.000.oo**
Valor por ejecutar		**$ 8.000.000.oo**
Valor a pagar en el presente Informe		**$ 2.000.000.oo**
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 10 DE MAYO AL 09 DE JUNIO DE 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 y7o acciones de ETV que hayan diseñadas por la Secretaria de Salud del Departamento del Atlántico	Se da cumplimiento al manual en la realización diaria de las actividades de prevención y control de las E.T.V.

<table>
<tr><td>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.</td><td></td></tr>
<tr><td>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 aegypti.</td><td>Cumplir con el número de visitas programadas para el cumplimiento de las metas del Plan de Salud.
Durante este periodo se practicó la visita en los barrios INTERVENIDOS para establecer control de vectores y de esta manera cumplir con los lineamientos señalados por la subsecretaria de salud.
<table><tr><th>DETALLE</th><th>CANTIDAD</th></tr><tr><td>VIVIENDAS VISITADAS</td><td>447</td></tr><tr><td>VIVIENDAS CERRADAS</td><td>47</td></tr><tr><td>ALBERCAS INSPECCIONADAS</td><td>156</td></tr><tr><td>ALBERCAS POSITIVAS</td><td>15</td></tr><tr><td>ALBERCAS CON PECES</td><td>30</td></tr><tr><td>ALBERCAS TAPADAS</td><td>115</td></tr><tr><td>ALBERCAS TRATADAS</td><td>6</td></tr><tr><td>TANQUES INSPECIONADOS</td><td>231</td></tr><tr><td>TANQUES POSITIVOS</td><td>33</td></tr><tr><td>TANQUES CON PECES</td><td>0</td></tr><tr><td>TANQUES TAPADOS</td><td>161</td></tr><tr><td>DIVERSOS INSPECIONADOS</td><td>862</td></tr><tr><td>DIVERSOS POSITIVOS</td><td>34</td></tr><tr><td>DIVERSOS TAPADOS</td><td>674</td></tr><tr><td>DIVERSOS ELIMINADOS</td><td>2</td></tr><tr><td>LLANTAS INSPECCIONADAS</td><td>4</td></tr><tr><td>DIMILIN UTILIZADO</td><td>320</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>Organizar y participar en las actividades de participación comunitaria que se programen (recolección de inservibles, actividades de eduentretenimiento).</td><td></td></tr>
</table>

Entregar las planillas y formatos diligenciados en las visitas diariamente al coordinador de área o a quien delegue.	Los formatos o planillas se le entregan a la supervisora la cual se encarga de revisarlas y entregarlas al ingeniero de sistema para su digitación.

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 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	9449788474	28 abril 2023	$ 251.300.oo
02	9451042436	19 MAYO 2023	358.900.OO
	SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS		**$ 610.200.oo**

(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 13 días del mes de **junio de 2023**



FIRMA DEL SUPERVISOR
C.C.: 32.609.770 de Barranquilla

FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C.: 72.071.849 de Luruaco

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