Atlántico para la Gente / GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO	**INFORME DE SUPERVISION DE CONTRATOS PARA PRESTACION DE SERVICIOS – BIENES Y SUMINISTROS**	**VERSION**	**001**
		FECHA DE APROBACION	**2021-11-22**

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

Informe de Supervisión No:	6
Contrato No:	**202301669**

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

Contratista:	**PAULA CERVANTES BORRERO**		
Identificación:	**55300842**		
Tipo de Contrato:	Prestación de servicios		
Nombre del Supervisor:	Eloina Goenaga Jiménez		
Objeto del Contrato:	***Objeto del contrato: Prestación de servicios de apoyo a la gestión para el acompañamiento en la promoción integral de la salud, en atención al programa ampliado de inmunizaciones(pai),en los diferentes procesos que lleva a cabo la subsecretaría de salud pública en los municipios del departamento del atlántico***		
Plazo de Ejecución:	***El plazo para la ejecución del contrato será de SEIS (6) MESES, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.*** ***Se prórroga el plazo de ejecución del Contrato de Prestación de Servicios No.202301669, hasta el 30 de diciembre de 2023, contados a partir del vencimiento del plazo inicial.***		
Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	**202300905** **202303260**	**Fecha de C.D.P.**	**07/03/2023** **05/10/2023**
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	**202301669**	**Fecha del R.P.**	**10/04/2023**
Valor del Contrato	**Contrato Inicial** $16.620.000 **Adición 1** $ 7.571.000 **Adición 2** $ **Adición 3** $ **Total** $24.191.000		
Fecha de inicio del contrato	**Fecha de terminación del contrato**	**Fecha de Suspensión del contrato**	**Fecha de reinicio**
(2023-04-10)	**(2023-12-30)**		

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
202301669	**2023/10/10**	80 Dias	$ 7.571.000	**ADICIÓN #1, DEL CONTRATO 202301669**

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		**$16.620.000**
Adición No. 1		**$ 7.571.000**
Adición No. 2		**$**
Adición No. 3		**$**
Valor Total del contrato		**$24.191.000**
Porcentaje del Anticipo	**%**	**$**
Porcentaje del Pago anticipado	**%**	**$**
Valor Amortizado del Anticipo		**$**
Valor Ejecutado del Contrato		**$ 16.620.000**
Valor por ejecutar		**$ 7.571.000**
Valor a pagar en el presente Informe		**$ 2.770.000**
No. Factura o Cuenta de Cobro		**#6 Pago Parcial**

4. INFORMACIONSOBRE AVANCE DEL CONTRATO

4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 10 DE SEPTEIMEBRE AL 09 DE OCTUBRE 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
Realizar (4) monitoreos rápidos de cobertura, que contribuyan a garantizar el acceso a la vacunación en el Departamento conforme a los Lineamientos del MSPS.	Monitoreo en el Municipio de Sabanalarga Monitoreo en el Municipio de Malambo Monitoreo en el Municipio de Santo Tomás. Monitoreo en el Municipio de Luruaco. Monitoreo en el Municipio de Repelón Monitoreo en el Municipio de Repelón Monitoreo en el Municipio de Puerto Colombia Monitoreo en el Municipio de Soledad Jornada de vacunación VPH para niños de 9 años y niñas de 9 años. Monitoreo Municipio de Soledad:
Apoyo a la campaña de vacunación sarampión, rubeola y fiebre amarilla a realizarse de acuerdo con los lineamientos del ministerio de salud y protección social.	
Realizar todas aquellas actividades que lesean asignadas por parte del supervisor, con relación a su objeto contractual.	

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 LASUPERVISIÓN.

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

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 Jiménez, 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 ASEGURIDAD SOCIAL (*)

Número de la Cuenta de Cobro	Número de la Planilla	Fecha de Pago Planilla	Valor Total de la Planilla
55300842	9450755739	2023-05-10	$263,400
55300842	9451408945	2023-06-08	$358.900
55300842	9452704238	2023-07-06	$358.900
55300842	9453982308	2023-08-09	$358.900
55300842	9455351578	2023-09-11	$358.900
55300842	9456709555	2023-10-13	$360.100
	SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS		$2.059.100

(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.

Se firma en Barranquilla, a los 18 días del mes de OCTUBRE del 2023.

E Goenaga J.

FIRMA DEL SUPERVISOR

C.C 32.609.770 de B/quilla-Atlántico

Paula Cervantes B.

FIRMA DEL CONTRATISTA

C.C 55.300.842

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

SEG_SOC_SEPTIEMBRE_PAULA_23

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 55300842		CERVANTES BORRERO PAULA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 26 29 25	SOLEDAD-ATLANTICO	3747261	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-09	2023-09	16003742	9456709555	I	2023/10/10	2023/10/13	BANCO DE OCCIDENTE	3	$360,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$600	$0	$186,200
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$185,600	$600	$0	$186,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,300	$100	$0	$28,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$28,300	$100	$0	$28,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$500	$0	$145,500
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	1	$145,000	$500	$0	$145,500
TOTAL				1	$358,900	$1,200	$0	$360,100