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

Informe de Supervisión No:	7
Contrato No:	202300144

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

Contratista:	Carolina Del Carmen Ortiz Hernández		
Identificación:	CC: 55.308.563 Barranquilla		
Tipo de Contrato:	Prestación de servicios		
Nombre del Supervisor:	Dra. Eloina Goenaga Jiménez		
Objeto del Contrato:	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO EN LAS ACCIONES Y ACTIVIDADES QUE SE LLEVAN A CABO EN EL AREA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA, EN LOS 22 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO**		
Plazo de Ejecución:	El plazo para la ejecución del contrato será por un (6) seis 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 N°202300144, hasta el 13 de noviembre de 2023, contados a partir del vencimiento del plazo inicial.		
Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	**202300043/ 202302149**	**Fecha de C.D.P.**	2023/01/05 2023/07/11
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	**202300793/ 202305927**	**Fecha del R.P.**	2023/02/14 2023/08/02
Valor del Contrato	**Contrato Inicial**: $ 23.140.000 **Adición 1**: $ 10.680.000 **Adición 2**: $ **Adición 3**: $ **Total**: $ 33.820.000		

Fecha de inicio del contrato	Fecha de terminación del contrato	Fecha de Suspensión del contrato	Fecha de reinicio
14/02/2023	13/08/2023-13/11/2023		

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
ADICIÓN Y PRÓRROGA 1	02/08/2023	HASTA EL 13 DE NOVIEMBRE DE 2023	10.680.000	N.A.
N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

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)
N.A.	N.A.	N.A.	Calidad del servicio	N.A.	N.A.
			Cumplimiento	N,A.	N.A.
			Anticipo	N.A.	N.A.
			Pago anticipado	N.A.	N.A.
			Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados	N.A.	N..A.
			Salarios y prestaciones	N.A.	N.A.
N.A.	N.A.	N.A.	Responsabilidad Civil Extracontractual	N.A.	N..A
N.A.	N..A	N.A.	Otros	N.A.	N.A.

3. ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO (*)

DESCRIPCIÓN		VALOR
Valor del Contrato Inicial		**$** 23.140.000
Adición No. 1		**$** 10.680.000
Adición No. 2		**$**
Adición No. 3		**$**
Valor Total del contrato		**$** 33.820.000
Porcentaje del Anticipo	**%**	**$**
Porcentaje del Pago anticipado	**%**	**$**
Valor Amortizado del Anticipo		**$**
Valor Ejecutado del Contrato		**$** 26.700.000
Valor por ejecutar		**$** 7.120.000
Valor a pagar en el presente Informe		**$** 3.560.000
No. Factura o Cuenta de Cobro		**7**

4. INFORMACIÓN SOBRE AVANCE DEL CONTRATO

4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 14 DE AGOSTO 2023 AL 13 DE SEPTIEMBRE 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**
Apoyar el proceso de consolidación de la información de los indicadores a vigilar.	Se realiza de forma mensual el informe del Boletín del avance de indicadores de seguimiento por grupos etáreos. Replicar el boletín a los 22 municipio del departamento. Realizar seguimiento telefónico a las coordinadoras de los Hospitales de los reportes realizados y atender las dudas o inquietudes. Realizar reportes a la póliza de aseguramiento de las vacunas. Responder los requerimientos del Ministerio de Protección y de los diferentes Organismos de Control.
Apoyar actividades administrativas del proceso.	Realizar seguimiento al registro de las actas de la mesa por subregiones una vez al mes de los municipios del Departamento del Atlántico integrada con el anexo de registro de asistencia y los compromisos emitidos en la reunión en pleno. El producto es un archivo de Word, un archivo en Excel de la asistencia y un archivo de Power Point. Realizar seguimiento a los compromisos generados en las mesas Subregionales. Generar informes mensuales en Excel de los reportes realizados por los Hospitales. Realizar las consultas al Ministerio de los casos especiales o particulares que lo requieran y retroalimentar las respuestas por teléfono o por correo. Realizar seguimiento a las pérdidas de vacunas con los respectivos soportes por cada E.S.E. e I.P.S. privada. Realizar oficios de reintegro al Tesoro Nacional. Apoyar en el seguimiento por vigilancia epidemiológica telefónico en el programa asignado.

Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte delsupervisor del contrato.	Participación de capacitaciones, reuniones virtuales y/o lectura de documentación. Apoyo de actividades, según la necesidad del proceso.

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.
(En caso contrario describir la situación y las acciones de la supervisión)

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 (sin intereses)
1	9448259774	15/03/2023	405.800
2	9449693860	19/04/2023	456.300
3	9450161094	08/05/2023	456.300
4	9451484505	30/05/2023	456.300
5	9452991647	06/07/2023	456.300

6	9454201705	04/08/2023	456.300
7	9456431263	20/09/2023	423,600
	SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS		3.111.600

(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 **05 días** del mes de **octubre** de **2023**.

FIRMA DEL SUPERVISOR
C.C.: 32609770 de Barranquilla

Carolina Ortiz Hernández
UNIVERSIDAD METROPOLITANA
ENFERMERA
C.C. 55 308 563
RUN 19793

FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C.: (55,308,563) 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