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

| | |
|---|---|
| **Informe de Supervisión No:** | **7** |
| **Contrato No:** | 202300172 |

## 1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contratista:** | **MAYRA ELENA ESCAF VERGARA** | | |
| **Identificación:** | **22466269** | | |
| **Tipo de Contrato:** | PRESTACION DE SERVICIOS | | |
| **Nombre del Supervisor:** | ELOINA GOENAGA JIMENEZ | | |
| **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.** **ADICIÓN Y PRÓRROGA No. 1 AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No.202300172 OBJETO: "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 de seis (6) meses, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución** **CLÁUSULA CUARTA. – PRÓRROGA: Se prórroga el plazo de ejecución del Contrato de Prestación de Servicios No. 202300172, hasta el 30 de octubre de 2023, contados a partir del vencimiento del plazo inicial.** | | |
| **Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)** | **202300043** | **Fecha de C.D.P.** | 2023/01/05 |
| **Número de Registro Presupuestal (R.P.)** | **202300243** | **Fecha del R.P.** | 2023/01/25 |
| **Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P** | **202302149** | **Fecha de C.D.P.** | 2023/07/11 |
| **Número de Registro Presupuestal (R.P.)** | **202305650** | **Fecha del R.P.** | 2023/07/25 |

| | | |
|---|---|---|
| **Valor del Contrato** | **Contrato Inicial** | $ 42.250.000.00 |
| | **Adición 1** | $ 19.500.000.00 |
| | **Adición 2** | $ |
| | **Adición 3** | $ |
| | **Total** | $ 61.750.000,00 |

| **Fecha de inicio del contrato** | **Fecha de terminación del contrato** | **Fecha de Suspensión del contrato** | **Fecha de reinicio** |
|---|---|---|---|
| **25/01/2023** | **30/10/2023** | | |

### 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 |
|---|---|---|---|---|
| ADICION No. 1 | 2023/07/25 | 3 meses y 6 días | 19.500.000.00 | |

### 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 | | $42.250.000.00 |
| Adición No. 1 | | $19.500.000.00 |
| Adición No. 2 | | $ |
| Adición No. 3 | | $ |
| Valor Total del contrato | | $61.750.000,00 |
| Porcentaje del Anticipo | % | $ |
| Porcentaje del Pago anticipado | % | $ |
| Valor Amortizado del Anticipo | | $ |
| Valor Ejecutado del Contrato | | $48.750.000.00 |
| Valor por ejecutar | | $13.000.000.00 |
| Valor a pagar en el presente Informe | | $ 6.500.000.00 |
| No. Factura o Cuenta de Cobro | | 7 |

## 4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO

### 4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 25 de julio al 24 de agosto 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** |
| r seguimiento a la notificación inmediata y semanal, y realizar informe ejecutivo de retroalimentación donde se muestre el comportamiento de los indicadores. | 1. Realicé el seguimiento a la notificación inmediata y semanal, y realicé el informe ejecutivo de retroalimentación donde se mostró el comportamiento de los indicadores.<br>2. Apoyé en coordinación con la Secretaria de Salud y Subsecretaría de Salud Pública en conjunto con las secretarías de salud de los 22 municipios del Departamento del Atlántico, el seguimiento de los casos de interés en salud pública.<br>3. Coordiné con los referentes departamental de vigilancia en salud pública adelantar las acciones de vigilancia epidemiológica en los 22 municipios del departamento del Atlántico, y seguimientos a los casos de interés en salud pública<br>4. Realicé el seguimiento de los casos de interés en salud pública que se presenten en los 22 municipios y el análisis de ellos en el comité semanal liderado por la Secretaría de Salud y los coordinadores de programas involucrados, de acuerdo a lineamientos de la Subsecretaria de Salud Pública.<br>5. Realicé el seguimiento y ajuste de los casos de COVID-19 que se han presentado en los 22 municipios del Departamento del Atlántico.<br>6. Realicé la coordinación con la Líder del Laboratorio de Salud Pública la toma de muestras de los casos de interés en salud pública que se presenten en los 22 municipios del departamento del Atlántico a semana |

| | |
|---|---|
| | epidemiológica de la 25 a la 29.<br>7. Realicé seguimientos a los referentes departamentales del análisis y reporte de casos, consecución, verificación de casos notificados al SIVIGILA escritorio y la web SIVIGILA 4.0.<br>8. Realicé la elaboración y envío diariamente al Instituto Nacional de Salud del Informe de reporte de situación – SITREP de los casos de eventos de interés en salud pública.<br>9. Realicé los ajustes de los eventos de interés en salud pública semana epidemiológica de la 29 a la 34 del año 2022.<br>Atención presencial a las comisiones de asistencias técnicas de los funcionarios del INS y el Ministerio de Salud y Protección Social, para el seguimiento de los lineamientos y protocolos de los eventos de interés en salud pública del departamento del Atlántico. |
| Elaborar informe trimestral de retroalimentación a municipios, donde se les informe del cumplimiento de los indicadores de notificación al sistema de vigilancia en salud pública. | N/A |
| Depurar de base de datos y pre crítica de las variables de interés de los eventos en salud pública reportados al aplicativo. | Realicé la depuración de datos y pre crítica de las variables de interés de los eventos en salud pública reportados al aplicativo SIVIGILA. |
| Analizar la información captada por el Sivigila y apoyar al coordinador de la respuesta inmediata. | Analicé la información captada por el SIVIGILA y apoyé al Coordinador de la respuesta inmediata. Informándoles de los casos de eventos de interés en salud pública, a fin de activar RSI con los referentes municipales del Departamento del Atlántico. |
| Participar en las actividades organizadas por la Subsecretaría de Salud Pública que requieran la participación colectiva. | N/A |
| Entregar informe mensual que consolide la información de la ejecución del objeto contractual y se evidencie el cumplimiento de éste, de manera cuantitativa y cualitativa. Anexar bases de datos asignadas actualizadas. | Entregué el informe mensual de actividades de la ejecución del objeto contractual y evidencié el cumplimiento de manera cuantitativa y cualitativa. Hice entrega en medio magnético de las bases de datos actualizadas. |
| Realizar Informes trimestrales de los Eventos Sarampión, Rubeola y Síndrome de Rubeola Congénita | N/A |
| Informes trimestrales del Eventos Parálisis flácida Aguda | N/A |
| Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor del contrato. | Apoyé en la coordinación con las IPS y ESES de las solicitudes de resultados de historias clínicas de las mortalidades que ocurren en el departamento por eventos de interés en salud pública en los 22 municipios del Departamento |

| | |
|---|---|
| | del Atlántico.<br>Asigné y coordiné funciones a los referentes de departamento para la ejecución del plan del Equipo de Reacción Inmediata – ERI. |

***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 |
|---|---|---|---|
| 1 | **9447699875** | 2023/03/03 | $ 866,300 |
| 2 | **9448932478** | 2023/03/27 | $866,300 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3 | **9450209036** | 2023/04/27 | $866,300 |
| 4 | **9451630070** | 2023/06/02 | $866,300 |
| 5 | **9452930660** | 2023/07/04 | $866,300 |
| 6 | **9454234611** | 2023/07/28 | $866,300 |
| 7 | **9455840289** | 2023/09/01 | $755,900 |
| | SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS | | **$ 5.953.700** |

**(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 **5** días del mes de SEPTIEMBRE **2023**.

**ELOINA GOENAGA JIMENEZ**
32609770 de Barranquilla

**MAYRA ELENA ESCAF VERGARA**
**C.C: 22466269 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**