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

Informe de Supervisión No:	**8**
Contrato No:	**202301786**

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

Contratista:	**Sharon Julieth Macias Pimienta**		
Identificación:	**1.042.438.354**		
Tipo de Contrato:	PRESTACION DE SERVICIO		
Nombre del Supervisor:	ELOINA GOENAGA JIMENEZ		
Objeto del Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DEGUARDIANES DE LA SALUD, PARA DESARROLLAR LA PLANIFICACIÓN, ORGANIZACIÓN, IMPLEMENTACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES QUE CONTRIBUYA A LAS INTERVENCIONES REGULARES Y CONTINGENCIALES DE FACTORES RIESGO AMBIENTAL Y COMPORTAMENTALES, A TRAVÉS DE BÚSQUEDA ACTIVA QUE PERMITAN PREVENIR O MINIMIZAR LOS DIFERENTESEVENTOS ENSALUD PÚBLICA, QUE SE PRESENTEN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.		
Plazo de Ejecución:	El plazo para la ejecución del contrato será por seis (06) meses, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución. Se prorroga el plazo de ejecución del contrato de prestación de servicios N **202301786, POR UN TERMINO DE TRES (3) MESES,** contados a partir del plazo inicial.		
Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	**202300906** **202302550**	**Fecha de C.D.P.**	**2023 / 07 / 03** **2023/ 11/ 08**
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	**202302539** **202307866**	**Fecha del R.P.**	**2023 / 29 / 03** **2023 /28/ 09**
Valor del Contrato	**Contrato Inicial** $ **9.600.000** **Adición 1** $4.800.000 **Adición 2** $ **Adición 3** $ **Total** **$ 14.400.000**		

Fecha de inicio del contrato	**Fecha de terminación del contrato**	**Fecha de Suspensión del contrato**	**Fecha de reinicio**
29/03/2023	**28/12/2023**		

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
1.042.438.354	**28/09/2023**	Se prorroga el plazo de ejecución del contrato **POR UN TERMINO DE TRES (3) MESES,** contados a partir del plazo inicial**.**	**$4.800.000**	

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		Amparos	Vigencia

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**

		Actualización de Póliza (En caso que aplique)		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		**$ 9.600.000**
Adición No. 1		**$ 4.800.000**
Adición No. 2		**$**
Adición No. 3		**$**
Valor Total del contrato		**$ 14.400.000**
Porcentaje del Anticipo	**%**	**$**
Porcentaje del Pago anticipado	**%**	**$**
Valor Amortizado del Anticipo		**$**
Valor Ejecutado del Contrato		**$ 12.800.000**
Valor por ejecutar		**$ 1.600.000**
Valor a pagar en el presente Informe		**$1.600.000**
No. Factura o Cuenta de Cobro		**8**

4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO

4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 29 de octubre AL 28 de noviembre 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**

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**

1. .Realizar visitas domiciliarias según se requieran conelobjetivo de identificar factores de riesgo y búsqueda activa de casos de eventos de interés ensalud pública.	. - Realice visitas educativas casa a casa sobre el DENGUE informándole a la comunidad de cómo prevenirlo e informándole cuáles son sus síntomas los días 30 de octubre y 20, 27 de noviembre en los barrios la maría, centenario 8,15,22 de noviembre realice visitas casa a casa sobre el virus del papiloma Humano y la importancia de tener la vacuna en los barrios centenario, cabrera, cachimbero y juan Domínguez. - Realice Búsqueda casa a casa de gestantes con el fin de revisarles los carnets de control prenatal los días 7,14,22 y 28 de noviembre barrio cruz de mayo,ferrocarril y centro. Realicd charlas sobre residuos casa a casa el 9,18,23 de noviembre en el barrio juan dominguez , ferrocarril y centenario.
. 2.Realizar seguimiento a la población de los municipios y corregimientos del departamento del Atlántico, que hayan sido objeto de vacunación contrael covid19.	**NO SE EJECUTO EN ESTE PERIODO.**

3.Desarrollar acciones educativas, individuales y colectivas encaminadas a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia epidemiológica de los eventos de salud pública prevalentes en el municipio ycorregimientos.	-**NO SE EJECUTO EN ESTE PERIODO.**

4.Apoyar todas las acciones de la Subsecretaría de Salud pública extramurales que se requieran para el control de los eventos de interés en salud pública.	**NO SE EJECUTO EN ESTE PERIODO.**

5. Apoyar en la realización de jornadas educativas yotras que se requieran, de acuerdo alas necesidades particulares de la Secretaría de Salud departamental.	Realice actividad colectiva el dia del niño el día 31 de OCTUBRE y 1DE Noviembre en el barrio Maria de Soledad.

Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por el supervisor, en relación con su objeto contractual.	Realice el informe de mis actividades durante el mes con evidencias de fotos de los formatos que utilizamos en cada evento, enviándoselas al supervisor por su correo electrónico.

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 dela 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	**9448858366**	24 DE MARZO	**83.900**
2	**9450116414**	29 DE MAYO	**358.900**
3	**9453272225**	5 DE JULIO	**358.900**
4	**9454155880**	26 DE JJULIO	**358.900**
5	**9454107033**	30 DE AGOSTO	**358.900**
6	**9455453561**	31 DE OCTUBRE	**358.900**
7	**9456823810**	3 DE NOVIEMBRE	**358.900**
8	**9458156123**	24 DENOVIEMBRE	**358.900**
	SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS		**$2.596.200**

(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 **29** del mes de **noviembre de 2023**.

E Goenaga J.

FIRMA DEL SUPERVISOR
C.C.: 32.609.770 de Barranquilla

Sharon Macías

FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C.: 1.042.438.354 de (soledad)

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