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

| | |
|---|---|
| **Informe de Supervisión No:** | **9** |
| **Contrato No:** | **202301667** |

## 1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contratista:** | **MARIA VICTORIA CABELLO CONDE** | | |
| **Identificación:** | **22609702** | | |
| **Tipo de Contrato:** | **PRESTACION DE SERVICIOS** | | |
| **Nombre del Supervisor:** | **ELOINA GOENAGA JIMENEZ** | | |
| **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 acabo la subsecretaria de salud pública en los municipios del departamento del atlántico, para el Fortalecimiento y cumplimiento de los planes y programas establecidos en el plan de desarrollo.** | | |
| **Plazo de Ejecución:** | **EL PLAZO PARA LA EJECUCION DEL CONTRATO:** El **plazo para la ejecución del contrato será por 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. 202301667, 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**<br>**202303260** | **Fecha de C.D.P.1**<br>**Fecha de C.D.P.2** | **2023 / 03 / 07**<br>**2023 / 10 / 05** |
| **Número de Registro Presupuestal (R.P.)** | **202302823**<br>**202308376** | **Fecha del R.P.1**<br>**Fecha del R.P.2** | **2023 / 04 / 10**<br>**2023 / 10/ 11** |
| **Valor del Contrato** | **Contrato Inicial** \| **$ 16. 620.000**<br>**Adición 1** \| **$ 7.571.000**<br>**Adición 2** \| **$**<br>**Adición 3** \| **$**<br>**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 |
|---|---|---|---|---|
| **CONTRATO ADICIONAL 202301667** | **2023/10/09** | **81Dias** | **7.571.000** | **ADICION Y PRORROGA No.1 AL CONTRATO 202301667** |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## 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** | | **$** |
| **Valor Ejecutado del Contrato** | | **$ 24.191.000** |
| **Valor por ejecutar** | | **$** |
| **Valor a pagar en el presente Informe** | | **$ 2.031.000** |
| **No. Factura o Cuenta de Cobro** | | **# 9 Final** |

**4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO**

**4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DE Diciembre 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** |
| Apoyo a las actividades del programa pai y demás que se le asignen de acuerdo con las | Municipio Repelón continuaré canalizando casa a casa verificando |

| | |
|---|---|
| competencias | carnet de vacunación captando niños susceptibles de 0 a 5 años, mujeres en edad fértil, niños de 9 años, gestantes y adultos mayores |
| Continuare apoyando ala ESE Hospital de Repelón en la canalización casa a casa con el objetivo de realizar seguimiento y búsqueda de niños susceptibles de 0 a 5 años, mujeres en edad fértil, vph, gestantes e influenza para los distintos grupos priorizados y apoyando la jornada nacional de intensificación en el municipio de Repelón | Seguiré vacunando con los biológicos del esquema regular de vacunación en el corregimiento de villa rosa en los barrios :<br>✓ El parque<br>✓ Calle central<br>✓ Urbanización san Jorge<br><br>Continuare apoyando la Jornada nacinal de vacunacion de la ESE Hospital de Repelon |
| Continuare interviniendo en los barrios y corregimientos casa a casa verificando carnet de vacunación con el objetivo de contribuir a garantizar el acceso a vacunación en el departamento conforme a los lineamientos MSPS Apoyando la campaña de vacunación contra la influenza estacional para los distintos grupos priorizados | Continuare canalizando y vacunando casa a casa a niños susceptibles de 0 a 5 años, mujeres en edad fértil, niños de 9 años, gestantes y adultos mayores de 60 años con los biológicos del esquema regular de vacunación en los barrios :<br>✓ Calle nueva<br>✓ Narváez<br>✓ San miguel<br>✓ Las palmas<br>✓ Villa canal<br>✓ Nuevo milenio<br>✓ San Luis<br>✓ Calle tamarindo |

***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)** 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 | 9452001168 | 08 de Junio del 2023 | $ 262.200 |
| # 2 | 9452001420 | 12 de julio del 2023 | $375.800 |
| # 3 | 9452410089 | 10 de agosto del 2023 | $373.800 |
| # 4 | 9453684954 | 23 de octubre del 2023 | $391.100 |
| # 5 | 9455055368 | 24 de noviembre del 2023 | $389.300 |
| # 6 | 9456371536 | 24 de noviembre del 2023 | $377.900 |
| # 7 | 9457726368 | 29 de noviembre del 2023 | $368.600 |
| # 8 | 94597036092 | 29 de noviembre del 2023 | $358.900 |
| # 9 | 9459803944 | 01 de diciembre del 2023 | $358.900 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS | | **$ 3.256.500** |

**(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, en el mes de **diciembre 2023**.

E Goenaga J.

**FIRMA DEL SUPERVISOR**
**C.C: 32.609.770 de Barranquilla**

María Victoria Cabello Conde

**FIRMA DEL CONTRATISTA**
**C.C.: (22609702) de (Repelón)**

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**