*Nota:(Diligenciarlos cuadroscon la informaciondel contrato yacta deinicio)*

| | |
|---|---|
| **Informe de Supervisión No:** | 02 |
| **Contrato No:** | 202203130 |

**1. ASPECTOSGENERALES DELCONTRATO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contratista:** | Clara Esther Rodríguez mercado | | |
| **Identificación:** | 32611128 | | |
| **Tipo de Contrato:** | Prestación de servicio | | |
| **Nombre del Supervisor:** | ELOINA DEL CARMEN GOENAGA JIMENEZ | | |
| **Objeto del Contrato:** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DE GUARDIANES 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 DIFERENTES EVENTOS EN SALUD PÚBLICA, QUE SE PRESENTEN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO | | |
| **Plazo de Ejecución:** | El plazo para la ejecución del contrato será hasta el 31 de diciembre del2022, contados apartir del cumplimiento de los requisitos<br>de perfeccionamiento y ejecución | | |
| **Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)** | 202201672 | **Fecha de C.D.P.** | 12/07/2022 |
| **Número de Registro Presupuestal (R.P.)** | 202205440 | **Fecha del R.P.** | 12/08 /2022 |

| | | |
|---|---|---|
| **Valor del Contrato** | Contrato inicial | $ 7.626.000 |
| | **Adición 1** | |
| | **Adición 2** | |
| | **Adición 3** | |
| | total | $ 7.626.000 |

| **Fecha de inicio del contrato** | **Fecha de terminación del contrato** | **Fecha de Suspensión del contrato** | **Fecha de reinicio** |
|---|---|---|---|
| 12/08/2022 | 31/12/2022 | | |

**11 MODIFICACIONESDELCONTRATO**

**(RelacionarAdiciones/uOtrosí, Siaplica)**

| **DOCUMENTO** | **FECHASUSCRIPCION** AAAAMMDD | **PRÓRROGA DEL PLAZO** (meses y/o días) | **ADICIÓN VALOR** ($) | **OBSERVACIÓN** |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**2. GARANTIAS CONSTITUIDASPORELCONTRATISTA(segúnseestablezcanenel Contrato)**

*Nota:Aplicasolo paraInformesde supervisióndeBienesysuministros.*

| 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. ESTADOFINANCIERODELCONTRATO (*)**

| DESCRIPCIÓN | | VALOR |
|---|---|---|
| Valor del Contrato Inicial | | $7.626.000 |
| Adición No. 1 | | $ |
| Adición No. 2 | | $ |
| Adición No. 3 | | $ |
| Valor Total del contrato | | $ 7.626.000 |
| Porcentaje del Anticipo | % | $ |
| Porcentaje del Pago anticipado | % | $ |
| Valor Amortizado del Anticipo | | $ |
| Valor Ejecutado del Contrato | | $ 3.200.000 |
| Valor por ejecutar | | $ 4.426.000 |
| Valor a pagar en el presente Informe | | $1.600.000 |
| No. Factura o Cuenta de Cobro | | 2 |

**4. INFORMACIONSOBRE AVANCE DELCONTRATO**

**4.1 SERVICIOSY/OPRODUCTOS RECIBIDOS ASATISFACCIÓNCORRESPONDIENTES ALPERIODO DEL 12/09/2022 AL 11/10/2022**

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** |
| 1) Realizar visitas domiciliarias según se requieran con el objetivo de identificar factores de riesgo y búsquedaactivadecasos de eventos de interesen salud pública. | Se realizo visitas casa a casa educando a las personas del hogar sobre la prevención y manejo de la viruela símica los días 13 de septiembre en los barrios la magdalena y villa rica 1 el 4 de octubre barrio la popa el 11 de octubre barrio el Carmen<br>Y se educó a las personas sobre el dengue y el lavado de tanques y alberca el días 12 de septiembre barrio los ángeles , 15 de septiembre barrio san Antonio ,16 de septiembre barrio villa rica 2 el 17 de septiembre barrio villa conocer y promoción y prevención sobre tu hijo puede tener dengue los días 19 de septiembre barrio centro de malambo el 20 de septiembre barrio el manguito 22 de septiembre barrio nueva ilusión 26 de septiembre barrio paraíso el 10 de octubre barrio villa berta de malambo .<br>Se desarrollo búsqueda de gestante el día 3 de septiembre barrio el Carmen de malambo. |
| 2) Realizar seguimiento a la población de los municipios y corregimientos del departamento del Atlántico, que hayan sido objeto de vacunación contra el covid19. | Se realizo encuesta y revisación de carnet en niños de 3 a 12 años faltante por vacuna COVID 19 los días 8 y 9 de septiembre en los diferentes barrios del municipio de malambo se apoyó a la S en la vacunación COVID 19 de 1,2,3 y 4 dosis<br>A la población del barrio la luna el día 3 de octubre y 7 de octubre |
| 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 Enel municipio y corregimientos | Se desarrollo charlas en acciones educativas a la comunidad sobre el manejo y almacenamiento de residuos para proporcionar seguridad higiene los días 14 se septiembre barrio abajo y carrizal el 29 de septiembre barrio el Carmen el 6 de octubre barrio san Martín el 8 de octubre se realizó charlas sobre sobre vida saludable y toma de signos vitales a los moradores del barrio del barrio el morito |
| 4) Apoyar todas las acciones de la Subsecretaría de Salud pública extramurales que se requieran | El 27 de septiembre se realizo visitas a la población de caracolí hablando sobre la prevención de la viruela y pegando afiche en los comercios . |

| | |
|---|---|
| 5)Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por el supervisor, en relación con su objeto contractual | El 9 y 10 de septiembre se realizo encuestas de niños con desnutrición y bajo peso el 23 de septiembre actividad de recreación guardianes se realizó búsqueda de coordinadores de fomis etnias indígenas y coordinares LGTB en el municipio de malambo se realizo apoyo en secretario de salud el día 5 de octubre y 12 de octubre |

*NOTA:Serelacionanlasactividadesrealizadaspor el contratistadurante el plazodeejecucióndel contrato.*

**5. NOVEDADESOSITUACIONESANORMALESPRESENTADAS DURANTE ELDESARROLLODELCONTRATO**

Durante el presente período no se han presentado novedades o situaciones anormales que afecten el desarrollo del contrato.

**6. RESUMENDEACTIVIDADES REALIZADAS PORLASUPERVISIÓN.**

a) Seguimientofinancieroypresupuestal delcontrato.
b) Conformación,actualización yseguimientodel expedientecon la documentación relacionada con la ejecución del contrato.
c) Verificacióndelpagode Estampillas
d) Verificacióndelavigencia de la garantía exigida en elcontrato.
e) Verificaciónyaprobacióndelossoportes necesarios para elpago.
f) Expedicióndelacertificación del recibo asatisfaccióncorrespondiente al periodo descrito, de conformidad con el servicio recibido.
g) Trámitedereconocimientoypagodehonorariosante la Oficina deContabilidad

Ytodas las demásobligacionesdelcontratoestablecidas enlos Estudios Previos, Anexos,y el Manualde 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 demásnormas 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 pagocorrespondiente al periodo aquí relacionado.

**7.1 ANEXOCONTROLDE APORTESASEGURIDADSOCIAL (*)**

| Número de la Cuenta de Cobro | Número de la Planilla | Fecha de Pago Planilla | Valor Total de la Planilla |
|---|---|---|---|
| 01 | 9438500259 | 2022-08-08 | $309.400 |
| 02 | 9439048565 | 2022-10-03 | $309.400 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS | | $618.800 |

**(Lasumatoriatotal delasplanillasdebeserigual al pagodelaseguridad social sobreel 40%del valor del contrato)**

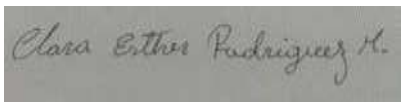
*NOTA: Aplica para persona natural. Para persona jurídica, anexar certificación del pago de planillas de Seguridad Social por parte del Representante Legal y/o Revisor Fiscal con los soportes asociados.*

Se firma enBarranquilla,18 día del mes de octubre de 2022.

Cordialmente



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



**FIRMA DEL CONTRATISTA**
**clara Esther mercado Rodríguez**
**C.C. 32611128 De Malambo**

Barranquilla, 08-02-2022

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 agosto de 2022, para los funcionarios que se relacionen en el listado adjunto al presente oficio.

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".*

# UTILIZACIÓN DE FIRMA DIGITAL EN INFORMES DE GESTIÓN

E

Edgardo Efraín Gómez Barros
Mar 08/02/2022 15:33

Para: Eloina del Carmen Goenaga Jimenez

Solicitud atendida.

**EDGARDO E. GOMEZ BARROS**
Subsecretario de Contabilidad
**SECRETARÍA DE HACIENDA**
**GOBERNACION DEL ATLANTICO**