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

Informe de Supervisión No:	2
Contrato No:	202400803

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

Contratista:	CAROLINA DEL CARMEN ORTIZ HERNÁNDEZ		
Identificación:	CC: 55.308563		
Tipo de Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
Nombre del Supervisor:	OLINDA OÑORO JIMÉNEZ		
Objeto del Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN LA PROMOCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD, EN ATENCIÓN AL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) MEDIANTE LAS ACCIONES QUE LLEVA A CABO LA SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA EN LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.		
Plazo de Ejecución:	El plazo para la ejecución del contrato será por un (3) tres meses, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.		
Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	202400781	**Fecha de C.D.P.**	2024/04/01
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	202401815	**Fecha del R.P.**	2024/04/25

Valor del Contrato	**Contrato Inicial**	$ 15.000.000
	Adición 1	$
	Adición 2	$
	Adición 3	$
	Total	$ 15.000.000

Fecha de inicio del contrato	Fecha de terminación del contrato	Fecha de Suspensión del contrato	Fecha de reinicio
25/04/2024	24/07/2024		

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
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.	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		**$15.000.000**
Adición No. 1		**$**
Adición No. 2		**$**
Adición No. 3		**$**
Valor Total del contrato		**$15.000.000**
Porcentaje del Anticipo	**%**	**$**
Porcentaje del Pago anticipado	**%**	**$**
Valor Amortizado del Anticipo		**$**
Valor Ejecutado del Contrato		**$10.000.000**
Valor por ejecutar		**$5.000.000**
Valor a pagar en el presente Informe		**$5.000.000**
No. Factura o Cuenta de Cobro		**2**

4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO

4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 25 DE MAYO AL 24 DE JUNIO DE 2024.

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**
Visita de asesoría y asistencia técnica a las (44) IPS vacunadoras del Departamento para la verificación de la aplicación de los lineamientos del PAI- COVID 19 de acuerdo a norma vigente	1)- Actas de asistencias técnicas de los municipios para la ejecución de los lineamientos para la aplicación de la vacuna contra COVID-19. 2)- Reportes quincenales y mensuales en Excel de las dosis aplicadas contra COVID-19 y movimiento de biológicos de los biológicos que apliquen para vacunación contra COVID-19. 3)- Actas de visita de forma trimestral a las ESE y las Secretarias de salud municipales asignadas. 4)- Actas de capacitaciones enfocadas en la socialización de los lineamientos contra COVID-19 y de los biológicos regulares del PAI.
Realizar seguimiento a los biológicos PAI-COVID19 y distribuciones según las resoluciones correspondientes a la población priorizada para la vacunaciónCOVID-19	1)- Oficios dirigidos a cada uno de los actores que apoyan en la ejecución y alcance de las metas del PAI. 2)- Reporte mensual de las dosis perdidas de los biológicos de vacunación contra COVID-19 en la plataforma Link SISPRO POWER BI. 3)- Formato de reporte mensual del saldo en nevera y de las dosis próximas a vencer para focalizar a las coordinadoras PAI en el uso priorizado de los biológicos, teniendo en cuenta la fecha de vigencia. 4)- Excel con la asignación de los biológicos COVID-19 distribuidos, según los lineamientos técnicos y las directrices emitidas de las resoluciones de distribución

	del Ministerio de Protección Social (MSPS) entregado a la técnico de cuarto frío para la entrega y ajuste según la presentación del vial.
Vigilar que las secretarias de salud municipales realicen las actividades del PAI de acuerdo a la norma vigente.	1)- Acta de comité de seguimiento PAI con frecuencia mensual. 2)- Actas de reunión de las Secretarias municipales que tienen las coberturas más bajas en el departamento. 3)- Indicadores de cobertura COVID-19, según los grupos poblacionales de interés. 4)- Evidencias de correos enviados de reportes de los indicadores de coberturas y metas para el mes siguiente. 5)- Envío de oficios dirigido a las Secretarias municipales.
Socializar temas del PAI a las personas que hacen parte de los programas sociales como: Mas Familias en Acción e ICBF entre otros. Participar en las videoconferencias organizadas por el PAI y vigilancia de enfermedades inmunoprevenibles, que realice el MSPS e INS	1)- Actas de socialización de los lineamientos del PAI, diligenciamiento de formatos y requerimientos solicitados por el MSPS. 2)- Registros de asistencia, pantallazos y evidencias fotográficas de los diferentes espacios de socializaciones presenciales y virtuales. 3). Registros de las llamadas telefónicas realizadas y recibidas de los secretarios, gerentes y coordinadores PAI para responder a las inquietudes generadas de forma espontánea.
Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor, con relación a su objeto contractual.	1)- Seguimiento de los compromisos del acta de la Dimensión de transmisibles. 2)- Envío de los correos en nombre del Programa con respecto a gestión y seguimiento administrativo del PAI. 3)- Actividades logísticas para apoyar en la agenda y organización del comité de seguimiento y de las actividades según los compromisos pactados en el comité.

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).

OLINDA OÑORO 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	9467346129	21/05/2024	$590.900
2	9467778903	19/06/2024	$590.900
	SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS		$1.181.800

(La sumatoria total de las planillas sin intereses debe ser igual al pago de la seguridad social sobre el 40% del valor del contrato)

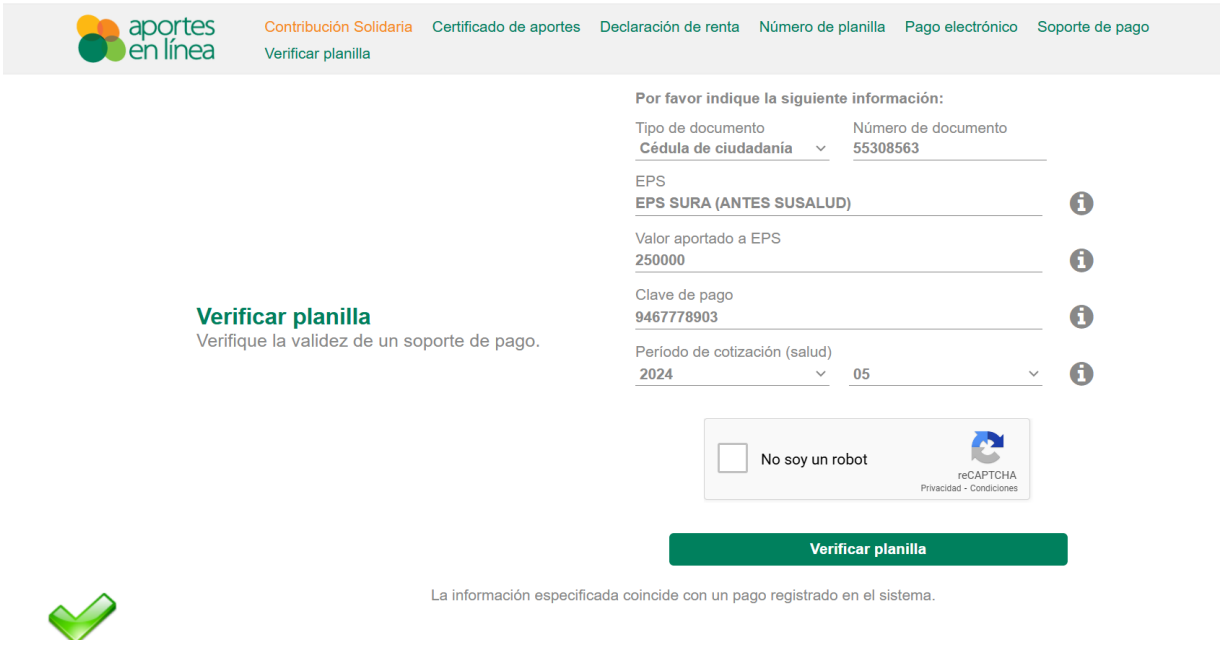
NOTA: Aplica para persona natural. Para persona jurídica, anexar certificación del pago de planillas de Seguridad Social por parte del Representante Legal y/o Revisor Fiscal con los soportes asociados.

Se firma en Barranquilla, a los 12 días del mes de agosto de 2024.

FIRMA DEL SUPERVISOR
C.C.: 32.834.196 de Baranoa

FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C.: (55.308.563) de (Barranquilla)

VALIDACIÓN PLANILLA DE PAGO – CAROLINA DEL CARMEN ORTIZ HERNÁNDEZ



CERTIFICACIÓN

Yo, **TERESITA MARIA MASTRODOMENICO MEDINA,** identificado con cedula de ciudadanía N° 22.637.194 de Sabanalarga, en mi calidad de referente del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI, certifico el cumplimiento de las actividades que le fueron asignadas por parte del supervisor, a la señora **CAROLINA ORTIZ HERNANDEZ,** identificado con cedula de ciudadanía N° **55.308.563**, suscritas en el contrato N° **202400803** de 2024, esto con la finalidad de que pueda gestionar su cuenta de cobro de dicho contratocorrespondientes a las realizadas en el periodo del 25 de mayo al 24 de junio de 2024.

La presente certificación se expide el nueve (9) de agosto del 2024

Cordialmente



TERESITA MARIA MASTRODOMENICO MEDINA
Referente PAI – TB - LEPRA

Gmail olinda Oñoro <subsecretariadesaludatlantico@gmail.com>

RV: AUTORIZACIÓN FIRMA DIGITAL

1 mensaje

Olinda Oñoro Jiménez <oonoro@atlantico.gov.co> 8 de abril de 2024, 10:49 a.m.
Para: "subsecretariadesaludatlantico@gmail.com" <subsecretariadesaludatlantico@gmail.com>

De: Edgardo Efraín Gómez Barros <egomez@atlantico.gov.co>
Enviado: viernes, 5 de abril de 2024 13:17
Para: Olinda Oñoro Jiménez <oonoro@atlantico.gov.co>
Asunto: RE: AUTORIZACIÓN FIRMA DIGITAL

Solicitud atendida

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

De: Olinda Oñoro Jiménez <oonoro@atlantico.gov.co>
Enviado: martes, 2 de abril de 2024 12:32
Para: Edgardo Efraín Gómez Barros <egomez@atlantico.gov.co>
Cc: subsecretariadesaludatlantico@gmail.com <subsecretariadesaludatlantico@gmail.com>
Asunto: AUTORIZACIÓN FIRMA DIGITAL

Doctor
EDGARDO GÓMEZ BARROS
Subsecretario de Contabilidad

Cordial saludo.

Me permito informarle que, en cumplimiento de la Circular con radicado 20210740003173 del 16 de noviembre de 2021, por medio de la cual se comunica que debe ser notificado previamente a su despacho el uso de la firma digital en los Informes de Gestión de Supervisión y/o Interventoría, la Subsecretaría de Salud Pública notifica formalmente el uso de la firma digital en los informes mencionados anteriormente, que se encuentren bajo la supervisión de la Subsecretaria de Salud Pública del Departamento del Atlántico.

Quedo atenta a cualquier duda que tengas al respecto.

Atentamente,

Olinda Oñoro Jiménez
Subsecretaria de salud Departamental.

Barranquilla, 22-03-2024

Doctor
EDGARDO GÓMEZ BARROS
Subsecretario de Contabilidad
SECRETARÍA DE HACIENDA DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO
egomez@atlantico.gov.co

ASUNTO: UTILIZACIÓN DE FIRMA DIGITAL EN INFORMES DE GESTIÓN (RESPUESTA A CIRCULAR 20210740003173 DEL 16-11-2021)

Cordial saludo.

La Subsecretaría de Salud Pública 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 la Subsecretaría de Salud Pública del Departamento del Atlántico, continuará utilizando la firma digital[1] en los informes de gestión de Supervisión y/o Interventoría pendientes de la vigencia 2023 y los que se generarán en la presente vigencia 2024 hasta el mes de diciembre, para los contratistas cuyo supervisor sea la Subsecretaria de Salud Pública del Departamento del Atlántico.

Atentamente,

OLINDA OÑORO JIMÉNEZ
Subsecretaria de Salud Pública
Secretaría de Salud del Departamento del Atlántico

[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".