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

| | |
|---|---|
| **Informe de Supervisión No:** | 02 |
| **Contrato No:** | 202401168 |

## 1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contratista:** | LISARDO ANTONIO GUERRERO MEZA | | |
| **Identificación:** | 1.043.604.357 | | |
| **Tipo de Contrato:** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | |
| **Nombre del Supervisor:** | OLINDA OÑORO JIMENEZ | | |
| **Objeto del Contrato:** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA ASISTIR Y COMPLEMENTAR LAS ACTIVIDADES DE FORTALECIMIENTO EN LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL, MEDIANTE LAS ACCIONES QUE LLEVA A CABO LA SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA EN LOS 22 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO | | |
| **Plazo de Ejecución:** | El plazo para la ejecución del contrato será de tres (3) meses, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución | | |
| **Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)** | 202401096 | **Fecha de C.D.P.** | 26/04/2024 |
| **Número de Registro Presupuestal (R.P.)** | 202402744 | **Fecha del R.P.** | 31/05/2024 |
| **Valor del Contrato** | **Contrato Inicial** $ 13.500.000<br>**Adición 1** $<br>**Adición 2** $<br>**Adición 3** $<br>**Total** $ 13.500.000 | | |

| Fecha de inicio del contrato | Fecha de terminación del contrato | Fecha de Suspensión del contrato | Fecha de reinicio |
|---|---|---|---|
| 31/05/2024 | 30/08/2024 | | |

### 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 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## 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** | | **$13.500.000** |
| **Adición No. 1** | | **$** |
| **Adición No. 2** | | **$** |
| **Adición No. 3** | | **$** |
| **Valor Total del contrato** | | **$13.500.000** |
| **Porcentaje del Anticipo** | **%** | **$** |
| **Porcentaje del Pago anticipado** | **%** | **$** |
| **Valor Amortizado del Anticipo** | | **$** |
| **Valor Ejecutado del Contrato** | | **$ 9.000.000** |
| **Valor por ejecutar** | | **$ 4.500.000** |
| **Valor a pagar en el presente Informe** | | **$ 4.500.000** |
| **No. Factura o Cuenta de Cobro** | | **02** |

**4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO**

**4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 1 DE JULIO AL 30 DE JULIO DE 2024. (No aplica para personas jurídicas – No establecer periodo)**

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** |
| Realizar las actividades asignadas respecto a la inspección y vigilancia de salud ambiental en el departamento del atlántico. | **CANDELARIA**: PREPARACION DE ALIMENTOS (HOGAR INFANTIL DE CANDELARIA) EXPENDIO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS CANTINA LOS LIMONCILLOS |
| | **CAMPO DE LA CRUZ:** PREPARACION DE ALIMENTOS ICBF ( CDI FLORES DE MARIA, CDI SEMBRANDO HUELLAS) |
| | **CANDELARIA:** PREPARACION DE ALIMENTOS ICBF ( CDI PRINCIPES Y PRINCESAS DEL FUTURO) |
| | **REPELON: GRANDES SUPERFICIES ( TIENDA ARA REPELON) TIENDA D1 REPELON** |
| | **SANTA LUCIA** : PREPARACION DE ALIMENTOS ICBF ( CDI UNIVERSIDAD DEL SABER SEDE CENTRO) FORMATO DE VERIFICACION DE ETIQUETADO NUTRICIONAL Y FRONTAL DE ALIMENTOS ENVASADOS PARA CONSUMO HUMANO, GRANDES SUPERFICIE TIENDA ARA SANTA LUCIA |
| | **CAMPO DE LA CRUZ** : PREPARACION DE ALIMENTOS ICBF ( CDI DESCUBRIENDO MI MUNDO, CDI SEMBRANDO HUELLAS N1) |
| | **SUAN:** EXPENDIOS DE BEBIDAS ALCHOLICAS ( LICORERIA LA BENDICION, DISCOTECA PUNTO CHEVERE, BILLARES LA SELECCIÓN, ESTANCO CENTRAL) |

| | |
|---|---|
| Realizar las actividades asignadas respecto a la inspección y vigilancia de salud ambiental en el departamento del atlántico. | **CAMPO DE LA CRUZ** EXPENDIOS DE ALIEMENTOS Y BEBIDAS ( TIENDAPAGUE MENOS EL PAISA, TIEDA Y VARIEDADES LA PICA N1 , GRANERO PORVENIR DE CAMPO DE LA CRUZ)<br>**CANDELARIA:** INSPECCION OCULAR Y LOCATIVA PAE DEPARTAMENTAL, MERIENDAS INDUSTRIALIZADAS IE NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA SEDE DIVINO NIÑO. **CORREGIMIENTO DE LEÑA** INSPECCION OCULAR Y LOCATIVA PAE DEPARTAMENTAL, MERIENDAS INDUSTRIALIZADAS IE DE LEÑA SEDE PRINCIPAL , IE DE LEÑA SEDE N 2 ,<br>**CORREGIMIENTO DE CARRETO:** INSPECCION OCULAR Y LOCATIVA PAE DEPARTAMENTAL, MERIENDAS INDUSTRIALIZADAS IE DE CARRETO<br>**SUAN :** INSPECCION OCULAR Y LOCATIVA PAE DEPARTAMENTAL, MERIENDAS INDUSTRIALIZADAS, IE ADOLFO LEON BOLIVAR MARENDO SEDE N 2 ALIANZA PARA EL PROGRESO , IE N5 LUISA RODRIGUEZ<br>CAMPO DE LA CRUZ : PREPARACION DE ALIMENTOS ICBF **CORREGIMIENTO DE BOHORQUEZ :** CDI BURBUJAS DEL SABER<br>**REPELON:** PREPARACION DE ALIMENTOS ICBF (HOGAR INFANTIL DE REPELON<br>**CAMPO DE LA CRUZ:** EXPENDIOS DE ALIMENTOS ( TIENDA LA FLECHA DE CAMPO DE LA CRUZ, TIENDA EL DILUVIO)<br>**CAMPO DE LA CRUZ** PREPARACION DE ALIMENTOS PAE DEPARTAMENTAL ( IE TECNICA COMERCIAL LA INMACULADA) EXPENDIO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS ESTADERO DONDE RODO JJ , BILLARES Y GALLERA BOLA 8<br>**SABANALARGA:** VEHICULO TRANSPORTADOR DE CARNE YAR 011<br>**SUAN :** INSPECCION OCULAR Y LOCATIVA PAE DEPARTAMENTAL, MERIENDAS INDUSTRIALIZADAS ( IE ADOLFO LEON BOLIVAR MARENCO SEDE N 4 MARIA AUXILIADORA, IE ADOLFO LEON BOLIVAR MARENCO SEDE 3 ANTONIO NARIÑO)<br>EXPENDIOS DE ALIMENTOS Y BEBIDAS( TIENDA LA BAJADA, TIENDA NUEVO HORIZONTE, TIENDA LA MILAGROSA )<br>FORMATO DE VERIFICACION DE ETIQUETADO NUTRICIONAL Y FRONTAL DE ALIMENTOS ENVASADOS PARA CONSUMO HUMANO<br>**REPELON:** INSPECCION OCULAR Y LOCATIVA PAE DEPARTAMENTAL, MERIENDAS INDUSTRIALIZADAS , **CORREGIMIENTO DE LA TABLAS** ( IE CIEN PESOS LAS TABLAS SEDE N 4 LAS TABLAS) **CORREGIMIENTO ARROYO NEGRO** ( IE DEPARTAMENTAL DE ARROYO NEGRO)<br>**SANTA LUCIA:** EXPENDIOS DE ALIMENTOS ( ABASTOS Y VERDURAS EL CHINO, TIENDA Y VARIEDADES LAS ELYS, TIENDA LA ESPERANZA )<br>**CAMPO DE LA CRUZ:** EXPENDIOS DE ALIMENTOS ( TIENDA Y VARIEDADES HERNAN, TIENDA CRISTO REY , TIENDA SAN PEDRITO) EXPENDIO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS ( BILLARES Y ESTADERO ROYAL POOL) |
| Apoyar en la realización de las capacitaciones comunitarias en hábitos higiénicos y lavado de manos | La actividad no fue programada en el periodo relacionado. se ejecutara de acuerdo al cronograma de actividades |
| Complementar las acciones para llevar a cabo la implementación de la estrategia de vivienda saludable. | La actividad no fue programada en el periodo relacionado. se ejecutara de acuerdo al cronograma de actividades |
| Realizar las tomas de muestras de alimentos según programación para su respectivo análisis en el laboratorio de salud pública del departamento del Atlántico | La actividad no fue programada en el periodo relacionado. se ejecutara de acuerdo al cronograma de actividades |
| Realizar el acompañamiento en el transporte de las muestras tomadas hasta el laboratorio de salud pública del departamento del Atlántico. | La actividad no fue programada en el periodo relacionado. se ejecutara de acuerdo al cronograma de actividades |

| | |
|---|---|
| Apoyar en la realización de las capacitaciones a los manipuladores de alimentos | La actividad no fue programada en el periodo relacionado. se ejecutara de acuerdo al cronograma de actividades |
| Realizar las observaciones de animales agresores, mantener el respectivo seguimiento y cierre del caso. | La actividad no fue programada en el periodo relacionado. se ejecutara de acuerdo al cronograma de actividades |
| Realizar el acompañamiento de las investigaciones epidemiológicas de campo que se lleven a cabo en los casos de brotes de toxiinfecciones por alimentos. | La actividad no fue programada en el periodo relacionado. se ejecutara de acuerdo al cronograma de actividades |
| Realizar el monitoreo en los focos de brotes de rabia urbana y pareciente. | La actividad no fue programada en el periodo relacionado. se ejecutara de acuerdo al cronograma de actividades |
| Mantener el monitoreo de brotes de leptospirosis y otras enfermedades de carácter zoonóticas. | La actividad no fue programada en el periodo relacionado. se ejecutara de acuerdo al cronograma de actividades |
| Realizar la toma de muestras de animales agresores para su respectivo análisis en el laboratorio de salud pública del departamento del Atlántico. | La actividad no fue programada en el periodo relacionado. se ejecutara de acuerdo al cronograma de actividades |
| Apoyar en la complementación de la información que se requiera a través de las diferentes solicitudes que se presenten con referencia a la seguridad alimentaria. | La actividad no fue programada en el periodo relacionado. se ejecutara de acuerdo al cronograma de actividades |
| Apoyar las actividades de vacunación de emergencia y de mantenimiento con educación para el control de enfermedades zoonóticas | La actividad no fue programada en el periodo relacionado. se ejecutara de acuerdo al cronograma de actividades |
| Apoyar en las actividades de inspección y vigilancia en expendios y transporte de carnes y vigilancia del uso de aceite y grasas en los municipios del departamento del Atlántico. | La actividad no fue programada en el periodo relacionado. se ejecutara de acuerdo al cronograma de actividades |
| Apoyar las actividades relacionadas con el área de salud ambiental cuando se presenten eventos imprevistos que puedan afectar la salud humana, previa asignación por parte del supervisor del contrato. | La actividad no fue programada en el periodo relacionado. se ejecutara de acuerdo al cronograma de actividades |

| | |
|---|---|
| Realizar el apoyo de carácter operativo para llevar a cabo la ejecución de las estrategias de inspección y vigilancia de Alimentos en los municipios del departamento del Atlántico. | La actividad no fue programada en el periodo relacionado. se ejecutara de acuerdo al cronograma de actividades |

***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) |
|---|---|---|---|
| 01 | 7932090303 | 28/06/2024 | 531.800 |
| 02 | 4560551383 | 18/07/2024 | 556.900 |
| | | | |
| | SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS | | Establecer sumatoria de planillas |

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

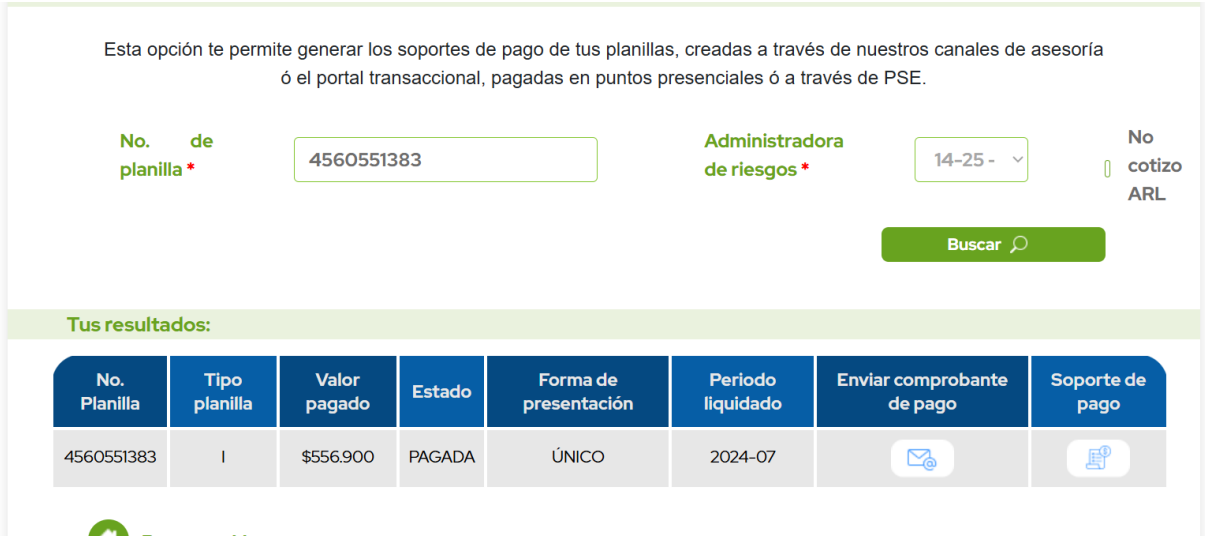
*NOTA: Aplica para persona natural. Para persona jurídica, anexar certificación del pago de planillas de Seguridad Social por parte del Representante Legal y/o Revisor Fiscal con los soportes asociados.*

Se firma en Barranquilla, a los 09 días del mes de agosto de 2024

**FIRMA DEL SUPERVISOR**
**C.C.: 32.834.196 de Baranoa**

**FIRMA DEL CONTRATISTA**
**C.C.: 1.043.604.357 de Suan**

**VALIDACIÓN PLANILLA DE PAGO – LISARDO ANTONIO GUERRERO MEZA**



Esta opción te permite generar los soportes de pago de tus planillas, creadas a través de nuestros canales de asesoría ó el portal transaccional, pagadas en puntos presenciales ó a través de PSE.

No. de planilla * 4560551383

Administradora de riesgos * 14-25 -

No cotizo ARL

Buscar

Tus resultados:

| No. Planilla | Tipo planilla | Valor pagado | Estado | Forma de presentación | Periodo liquidado | Enviar comprobante de pago | Soporte de pago |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4560551383 | I | $556.900 | PAGADA | ÚNICO | 2024-07 | | |

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

**CERTIFICADO**

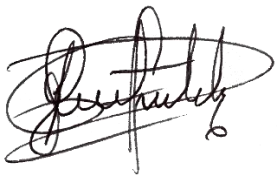
EL QUE SUSCRIBE- REFERENTE PROGRAMA SALUD AMBIENTAL
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DEPARTAMENTAL
SECRETARÍA DE SALUD
EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO
NIT: 890.102.006 - 1

**CERTIFICA**

Que el Sr. LISARDO GUERRERO MEZA, identificada(o) con c.c. 1.043.604.357 de Suan**,** realizó en el periodo comprendido del 1 al 30 de julio del 2024, de acuerdo al objeto del contrato de prestación de servicios No **202401168**; **DE APOYO A LA GESTIÓN PARA ASISTIR Y COMPLEMENTAR LAS ACTIVIDADES DE FORTALECIMIENTO EN LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL, MEDIANTE LAS ACCIONES QUE LLEVA A CABO LA SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA EN LOS 22 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO**, en el Programa Salud ambiental, las actividades que relaciona en el informe del mencionado periodo.

En constancia de lo anterior se firma el 1 de agosto del 2024.

Cordialmente,



**FREDDY RAFAEL GARCIA GONZÁLEZ**
Referente Programa Salud Ambiental
Profesional Especializado

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".*