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

Informe de Supervisión No:	3
Contrato No:	202400800

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

Contratista:	ROCÍO DE JESÚS FLÓREZ CHAMORRO		
Identificación:	32672236		
Tipo de Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES		
Nombre del Supervisor:	OLINDA OÑORO JIMÉNEZ		
Objeto del Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES EMERGENTES, REMERGENTES Y DESATENDIDAS - TUBERCULOSIS, 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.*		
Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	202400778	***Fecha de C.D.P.***	2024/04/01
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	202401849	***Fecha del R.P.***	2024/04/25

Valor del Contrato	***Contrato Inicial***	*$ 16.500.000*
	Adición 1	*$*
	Adición 2	*$*
	Adición 3	*$*
	Total	*$ 16.500.000*

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

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		***$16.500.000***
Adición No. 1		***$***
Adición No. 2		***$***
Adición No. 3		***$***
Valor Total del contrato		***$16.500.000***
Porcentaje del Anticipo	***%***	***$***
Porcentaje del Pago anticipado	***%***	***$***
Valor Amortizado del Anticipo		***$***
Valor Ejecutado del Contrato		***$16.500.000***
Valor por ejecutar		***$ 0***
Valor a pagar en el presente Informe		***$ 5.500.000***
No. Factura o Cuenta de Cobro		***Tres (3)***

4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO

4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 25 DE JUNIO AL 24 DE JULIO 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***
Realizar el seguimiento y evaluación en el departamento a las secretarias de salud en la estrategia de Abogacía, Comunicación y Movilización social (ACMS) dentro de Plan Estratégico "Hacia el fin de la Tuberculosis, Colombia 2016 – 2025	*8 de julio 2024. Secretaria de Salud de Sabanalarga, a seguimiento nominal de los 11 casos ingresados a 30 de junio 2024 al PNPCT en la ESE Centro Materno Infantil de Sabanalarga CEMINSA, en las IPS Centro Médico San Juan y Prosalud* *17 de julio 2024. Secretaria de Salud de Usiacurí en el caso coinfección TB/VIH W. Silvera Conrado CC 1046873654 quien firma DISENTIMIENTO tratamiento anti fímico y antirretroviral* *.*
Conformar una mesa técnica para el seguimiento a la implementación y fortalecimiento de la estrategia ENGAGE TB en las secretarias de salud municipales del departamento y seguimiento a las EAPB y red prestadora para que se garantice la adherencia al tratamiento antituberculoso de las personas afectadas con TB	***Mesa conformada el 13 de junio 2024.*** ***Seguimientos:*** ***8 de julio 2024 EAPB Nueva EPS, para el seguimiento de 65 casos ingresados al PNPCT*** ***16 de julio 2024 EAPB Famisanar, para el seguimiento de un (1) caso ingresado al PNPCT***

Realizar abogacía y participar en los comités de Salud mental para garantizar el manejo de casos con TB con uso de sustancias Psicoactivas.	*Durante el periodo relacionado no se recibió convocatoria por parte de la oficina Dimensión de convivencia social y salud mental.*
Conformar los grupos de pacientes y ex pacientes para la rehabilitación basada en la comunidad en el programa de tuberculosis en los municipios con mayor carga de enfermedad. *Realizar seguimiento a las aseguradoras, sobre la Caracterización de la población afectada por tuberculosis en lo relacionado con el entorno social, familiar y de discapacidad.*	*Actividad no programada para este periodo, por realización de otras actividades asignadas por parte del supervisor, con relación al objeto contractual*
Velar, garantizar y hacer seguimiento a la aplicabilidad de la encuesta de riesgo de pérdida en el seguimiento a todos los casos de TB que ingresan al programa, con el fin de realizar una intervención al riesgo.	*Contempla el cumplimiento de la aplicación del Instrumento psicosocial a las personas que fueron diagnosticada. Para la contribución de la caracterización e identificar los factores sociales y psicosociales de riesgos de no adherencia al tratamiento antiTB en la* ***ESE Hospital Materno Infantil Puesto de Salud Maclovia Niebles***
Realizar el seguimiento de los casos con riesgo o con de pérdida en el seguimiento para lograr su adherencia al tratamiento.	*Basados en las responsabilidades y la participación de los agentes del SS del programa TB por lo que se promueve la realización acciones de manera articulada para la efectividad de las intervenciones individuales y colectivas, en el marco de las competencias. Resolución 000227 del 20/02/2020 Artículo 3ro Numerales 3.5, 3.6 y 3.7 Ministerio de Salud y Protección Social, en los casos reportados por:* *25/06/2024. DISENTIMIENTO tratamiento anti fímico y antirretroviral por parte de la IPS Fundación Clínica Materno Infantil Adela de Char en el caso coinfección TB/VIH en N. Rodríguez Martínez CC 39428981, procedente del municipio de Soledad, en condición de reingreso tras perdida en el seguimiento, con atención integral en la IPS Vital Salud del Caribe.* *25/06/2024. RETIRO VOLUNTARIO de la atención en la IPS Fundación Clínica Materno Infantil Adela de Char informa sobre de la persona afectada por TB pulmonar/DNT/Consumo SPA L. Castillo García CC 1043477262, procedente del municipio de Soledad.* *02/07/2024. SUSPENSIÓN de tratamiento antiTB, la IPS Salud en Casa reporta el reingreso a estancia hospitalaria y la suspensión del tratamiento desde el 17 de junio 2024 caso coinfección TB/VIH en J. Rolong Leiva CC 72164036. Seguimiento finalizado por fallecimiento.* *09/07/2024. NO ACEPTACION DE DX TB/VIH desde hace más de 6 meses de diagnóstico, por lo que la IPS de la Costa sede 2 solicita tratamiento para inicio nuevamente del anti fímico en la paciente K. González Fonseca CC 1048280235 procedente del municipio de Malambo y con reporte de labores en un comedor infantil distrital.* *12/07/2024. NEGACION DE LA ENFERMEDAD / ALTO RIESGO DE NO ADHERENCIA ANTIFIMICO Y TAR, unidad de análisis caso coinfección TB/VIH W. Silvera Conrado CC 1046873654 convocada por la IPS Quimiosalud, procedente del municipio de Usiacurí.* *16/07/2024. ABANDONO TRATAMIENTO por antecedentes de consumo de SPA la IPS de la Costa sede 1 reporta a la paciente J. Herrera Medina CC 1081803803 quien procede del municipio de Soledad.*
Apoyar en la sistematización de la información de las encuestas de riesgo y caracterización de los abandonos del departamento	*Actividad no programada para este periodo, por realización de otras actividades asignadas por parte del supervisor, con relación al objeto contractual*

Brindar capacitación en TB a los profesionales psicosociales, con el fin de fortalecer las acciones en esta área para la adherencia al tratamiento en los municipios de alta carga	*Actividad no programada para este periodo, por realización de otras actividades asignadas por parte del supervisor, con relación al objeto contractual*
Presentar en el Comité de Casos Especiales de Tuberculosis CERCET el aspecto Psicosocial de los casos diagnosticados TB MDR.	*Desarrollo de la actividad depende de la disponibilidad de los médicos especialista (infecto logos Ad honórem)*
Entregar mensual de informe de actividades de avance e indicadores de programa de acuerdo a los términos de referencia.	*Presentó el avance de los indicadores:* *Casos nuevos TB con perdida en el seguimiento* *Aplicabilidad de la encuesta de riesgo de pérdida en el seguimiento* *Casos ingresados a programas de protección social ofertadas por el estado, las ONG, y/o las instituciones del sector privado*
Actividades asignadas por parte del supervisor, con relación al objeto contractual	*Analizo los registros establecidos por el PNPCT presentados para las respuestas a las solicitudes recibidas en el correo oficial del programa TB para el ingreso, direccionamiento a los agentes del SGSSS responsables del manejo de los casos, además de la dispensación del tratamiento antiTB , entre otros temas en las IPS atención primaria, complementaria de los casos: TB sensible, coinfección TB/VIH TB/latente y casos de otros Departamentos, mediante la captura, depuración, verificación de los casos documentados al correo tblepra@atlántico.gov.co y consolidación de la calidad del dato del sistema de información de manera nominal.* *Registro la información en cada uno de los numerales en los Libros de casos de TB sensible y profilaxis 2023 como los controles bacteriológicos y la condición de egreso del PNCT y del 2024 los ingresos nuevos de 39 personas afectadas por TB pulmonar y/o extra pulmonar, más 2 personas con infección tuberculosa latente. Además, se direcciona a los agentes del SGSSS responsables de los casos tuberculosis todas las formas diagnosticadas en la IPS Complementarias que funcionan en los municipios del Dpto. del Atlántico y son procedentes de otros Departamentos (Georreferencia).* *Autorizó la dispensación del tratamiento antiTB de 48 esquemas de tratamiento de la fase intensiva y/o de continuación a las personas afectadas por tuberculosis sensible, coinfección tuberculosis/VIH y la infección tuberculosa latente en las IPS Complementarias- Primarias Privadas y/o Publicas, casos ingresados al PNPCT en 2023 y 2024.* *Realizó articulación para el ajuste y análisis de la información (Artículo 3ro, Capitulo 9 Resolución 000227 del 20/02/2020 MSPS)* *12 de julio 2024. Participó de la reunión del segundo encuentro para la triangulación, Reporte información gestión de vigilancia epidemiológica para la tuberculosis y lepra, programa y laboratorio departamental de salud pública para las micobacterias. Segundo Trimestre 2024.* *2 y 23 de julio 2024. Participó de la Reunión Equipo de Trabajo socialización de las actividades ejecutadas.*

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 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 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	*9467620464 + Certificado Colpensiones*	*2024/05/27*	*$ 194.200.00*
2	*9469332652 + Certificado Colpensiones*	*03/07/2024*	*$ 328.600.00*
3	*9469332669 + Certificado Colpensiones*	*30/07/2024*	*$ 328.600.00*
SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS			*$ 851.400.00*

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

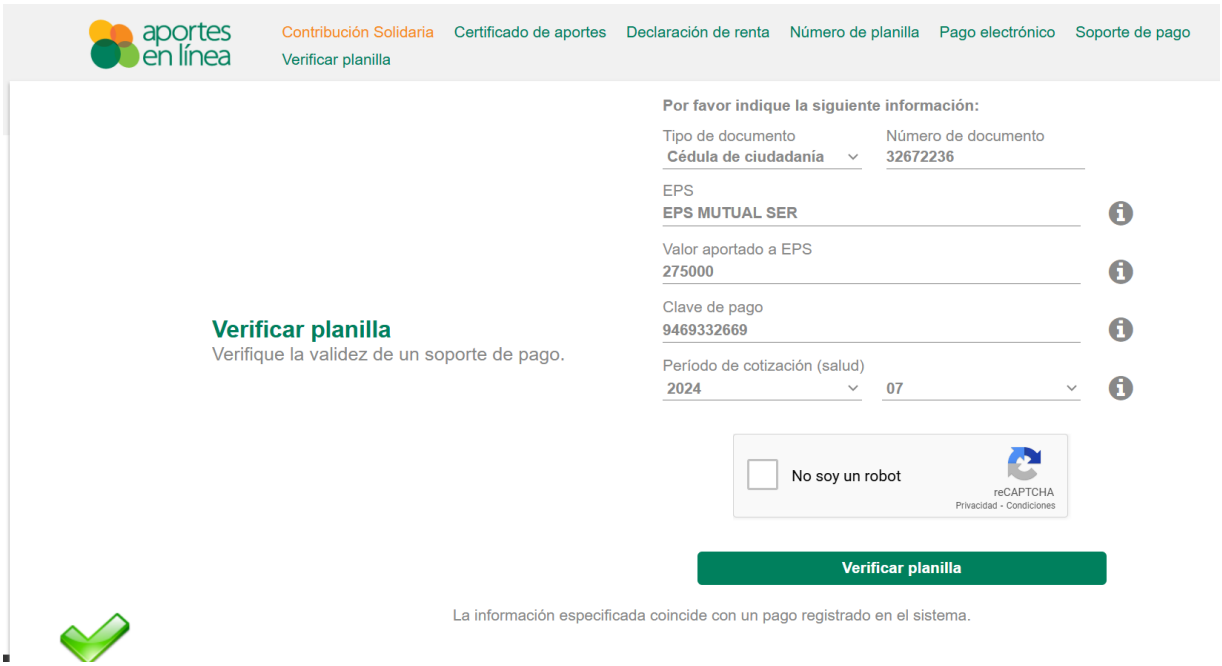
NOTA: Aplica para persona natural. Para persona jurídica, anexar certificación del pago de planillas de Seguridad Social por parte del Representante Legal y/o Revisor Fiscal con los soportes asociados.

Se firma en Barranquilla, a los 9 días del mes de agosto 2024

OLINDA OÑORO JIMENEZ
C.C.:32.834.196 de Baranoa

ROCIO FLOREZ CHAMORRO
C.C. 32672236 de Barranquilla

VALIDACION PLANILLA DE PAGO – ROCÍO DE JESÚS FLÓREZ CHAMORRO



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, al señor **ROCIO FLOREZ CHAMORRO,** identificado con cedula de ciudadanía N° **32.672.236**, suscritas en el contrato N° **202400800** de 2024, esto con la finalidad de que pueda gestionar su cuenta de cobro de dicho contrato correspondientes a las realizadas en el periodo del 25 de junio al 24 de julio de 2024.

La presente certificación se expide el cinco (5) 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".