Informe de Supervisión No:	3
Contrato No:	202400900

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

Contratista:	YIRLEY PAOLA RUIZ TAPIAS		
Identificación:	1.043.604.748		
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 ACOMPAÑAR LAS ACCIONES DE PREVENCIÓN PRIMARIA, PROMOCIÓN, INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LAS ETV Y ZOONOSIS DENTRO DE LA DIMENSION VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DESARROLLADAS POR LA SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA EN LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO		
Plazo de Ejecución:	*El plazo para la ejecución del contrato será por SIETE (7) meses, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.*		
Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	202400890	Fecha de C.D.P.	2024 / 04 / 12
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	202402483	Fecha del R.P.	2024 / 05 / 21

Valor del Contrato

Contrato Inicial	$ 15.400.000
Adición 1	$
Adición 2	$
Adición 3	$
Total	$ 15.400.000

Fecha de inicio del contrato	Fecha de terminación del contrato	Fecha de Suspensión del contrato	Fecha de reinicio
2024/05/21	2024/12/20		

1.1 MODIFICACIONES DEL CONTRATO

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)

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		**$ 15.400.000**
Adición No. 1		**$**
Adición No. 2		**$**
Adición No. 3		**$**
Valor Total del contrato		**$ 15.400.000**
Porcentaje del Anticipo	**%**	**$**
Porcentaje del Pago anticipado	**%**	**$**
Valor Amortizado del Anticipo		**$**
Valor Ejecutado del Contrato		**$ 6.600.000**
Valor por ejecutar		**$ 8.800.000**
Valor a pagar en el presente Informe		**$ 2.200.000**
No. Factura o Cuenta de Cobro		**3**

4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO

4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 21 DE JULIO AL 20 DE AGOSTO 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**
Brindar apoyo en la adoptación y cumplimientode las actividades y/o acciones definidas por el Programa ETV y Zoonosis, en cumplimiento de los lineamientos nacionales	Se brinda apoyo adoptando y dando cumplimientoal desarrollo de las actividades definidas de ETV Y zoonosis, cumpliendo con los lineamientos nacionales en los municipios asignados Suan, Campo de la Cruz
Brindar apoyo en la realización y actualizacióndel diagnóstico sanitario en los instrumentos diseñados por la Entidad para tal fin.	En este periodo no se programó esta actividad
Brindar apoyo en el levantamiento del diagnóstico de las viviendas, a través de una primera visita, que establecerá el objetivoconductual a trabajar y en la cual socializa las respectivas recomendaciones a la comunidad.	Se brinda apoyo con el objetivo de documentar el proceso de levantamiento del diagnóstico de las viviendas en la comunidad a través de una primera visita, crucial para identificar las necesidades y problemas existentes en las viviendas y establecer objetivos conductuales específicos a trabajar.
Brindar apoyo en realización de la segunda visitaa las viviendas, la cual corresponde a la verificación del cumplimiento de lasrecomendaciones socializadas en la primera visita y de ser necesario implementar nuevamente la estrategia de educación dirigida a la	En este periodo no se programó esta actividad

familia.	
Brindar apoyo en la realización de la última visita de seguimiento y medir el impacto que haya obtenido en la familia según los objetivos establecidos para beneficio de ésta	En este periodo no se programó esta actividad
Brindar apoyo en la realización de visitasintegrales a las viviendas asignadas, con una meta mínima de 30 viviendas diarias, efectuando las actividades del control de los riesgos ambientales y de vectores de acuerdo con los lineamientos nacionales socializados por el Programa ETV y Zoonosis	Se realizo las visitas domiciliarias a viviendas para prevención de factores de riesgos de las ETV, en los municipio de Campo de la Cruz ySuan obteniendo los siguientes resultados **Viviendas: 443** intervenidas: Cerradas: 33 deshabitadas: 5 además de la inspección de **Albercas: 90** positivas, 11 con peces **9** tapadas 13, **Tanques: 663** positivos **39**, tapados **549**, con peces 1, **Diversos: 1089** Positivos 15**,** Tapados **438**, eliminados 1, **Llantas: 23**, Control Biológico: 11
Brindar apoyo al control y eliminación de focoscuando se requiera, de acuerdo con los lineamientos señalados por el Programa ETVy Zoonosis.	Se realiza las actividades de apoyo al control y eliminación de focos de riesgo llevadas a cabo según los lineamientos del Programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) y Zoonosis. Estas actividades fueron implementadas en respuesta a la necesidad de mitigar riesgos ambientales y sanitarios en la comunidad.
Brindar apoyo en el control de vectores en el departamento, de acuerdo con los lineamientos trazados por el Programa	Se realizo las actividades de apoyo en el control de vectores en el municipio de campo de la Cruz y Suan con Siete (7) Bloqueos realizados en las viviendas identificadas por casos posible de Dengue
Brindar apoyo en la organización y ejecución de las actividades de participación comunitaria que se programen (recolección de inservibles, actividades de eduentretenimiento).	No se realizó esta actividad en este periodo
Brindar apoyo en la entrega diaria de las planillas que soportan la ejecución de las actividades, a los profesionales de apoyo a lacoordinación regional del Programa ETV y Zoonosis	Se cumplió con la entrega diaria de las planillas de ejecución de actividades diarias, cumpliendo con los objetivos de documentación debidamente diligenciadas y entregadas al coordinador del área del Programa ETV y Zoonosis
Participar en las reuniones convocadas por el Programa ETV y Zoonosis	Se participo en las reuniones convocadas por el Programa ETV y Zoonosis, de la Subsecretaria de Salud Pública para coordinar acciones, compartir información y planificar futuras actividades. Con el fin mejorar la efectividad del programa y enfrentar los desafíos de manera más eficiente.
Brindar apoyo en la organización del archivo físico del Programa ETV y Zoonosis, según los lineamientos de gestión documental de laGobernación	En este periodo no se programó esta actividad
Desarrollar todas aquellas subactividades que se deriven o sean necesarias para cumplir con las actividades específicas principales, que le sean asignadas por el supervisor del contrato	Se desarrolla las subactividades necesarias para cumplir con las actividades específicas principales asignadas por el supervisor del contrato. Capacitación a la comunidad sobre la prevención del dengue, Rabia, Leptospirosis, en la E.S.E Hospital Local de Suan, con el apoyo del coordinador el Dr. Humberto Niebles.
Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor del contrato	Se realizó el informe de las actividades diarias reportándolas al supervisor de área.

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.

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	9468412445	14/06/2024	$134.200
2	9469939277	15/07/2024	$402.200
3	9469939369	14/08/2024	$ 402.200
	SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS		**$938.600**

(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.

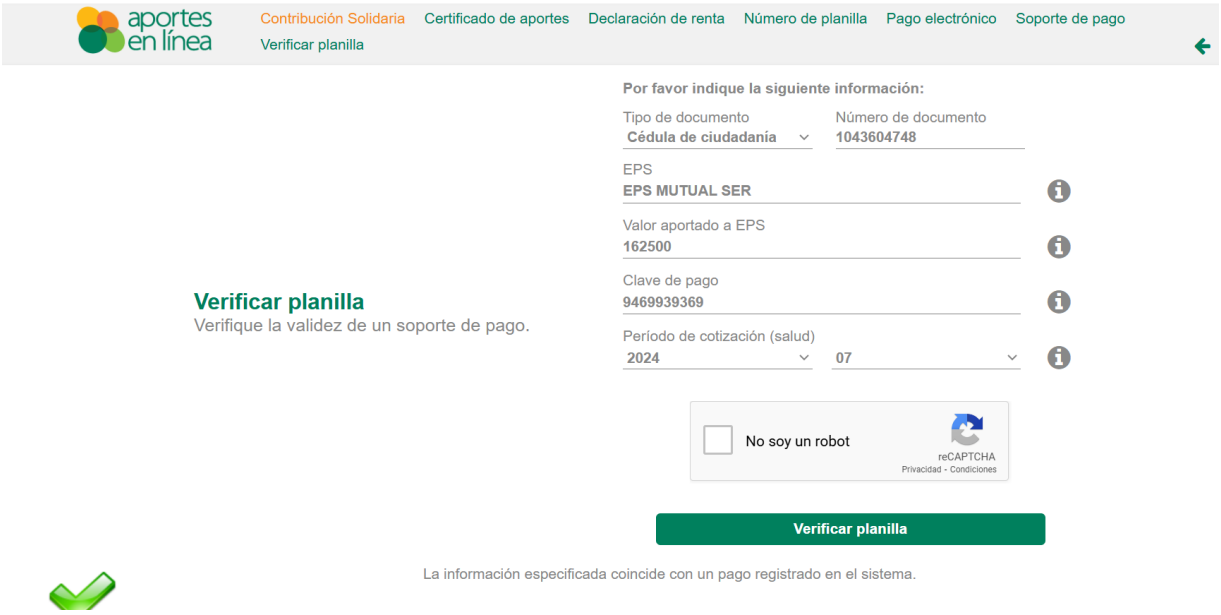
Se firma en Barranquilla, a los 03 días del mes de septiembre de 2024**.**

FIRMA DEL SUPERVISOR
C.C.: 32.834.196 de Baranoa

Yirley Ruiz Tapias

FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C.: 1.043.604.748 de Suan

VALIDACIÓN PLANILLA DE PAGO - YIRLEY PAOLA RUIZ TAPIAS



GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

CERTIFICADO

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

CERTIFICA

Que la Sra. (Sr.) YIRLEY PAOLA RUIZ TAPIAS, identificada(o) con la C.C No 1.043.604.748, realizó en el periodo comprendido del 21 de Julio al 20 de agosto del 2024, de acuerdo al objeto del contrato de prestación de servicios No 202400900; PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA COMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE PREVENCIÓN PRIMARIA, PROMOCIÓN, INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LAS ETV Y ZOONOSIS DENTRO DE LA DIMENSION VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DESARROLLADAS POR LA SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA EN LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO, en el Programa ETV y Zoonosis, las actividades que relaciona en el informe del mencionado periodo.

En constancia de lo anterior se firma el 02 de septiembre del 2024.

Cordialmente,

ELIANA BOLAÑOS BOLAÑOS
Referente Programa ETV y Zoonosis
Profesional Universitario

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".