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

Informe de Supervisión No:	1
Contrato No:	202400932

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

Contratista:	KEYLA PAOLA CERVANTES OROZCO		
Identificación:	1.001.874.096		
Tipo de Contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS		
Nombre del Supervisor:	OLINDA OÑORO JIMENEZ		
Objeto del Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA FORTALECER LAS ACCIONES DE IVC DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS NATURALES EN LOS 22 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.		
Plazo de Ejecución:	El plazo para la ejecución del contrato será por tres (3) meses, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.		
Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	202400773	**Fecha de C.D.P.**	2024 / 04 / 01
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	202402493	**Fecha del R.P.**	2024 / 05 / 22

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
22/05/2024	21/08/2024		

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		**$ 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		**$**
Valor Ejecutado del Contrato		**$ 5.500.000**
Valor por ejecutar		**$ 11.000.000**
Valor a pagar en el presente Informe		**$ 5.500.000**
No. Factura o Cuenta de Cobro		**1**

4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO

4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 22 DE MAYO AL 21 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**
1. Atender y cumplir la programación establecida para las actividades de IVC. 2. Revisar los requerimientos presentados por las IPS, EPS y establecimientos farmacéuticos (mayoristas y minoristas) para la inscripción ante el Fondo Rotatorio de Estupefacientes para el manejo de los medicamentos de Control Especial. 3. Realizar visita de Inspección, Vigilancia y Control a: a. Establecimientos farmacéuticos (IPS, Laboratorios Farmacéuticos, Droguerías, Veterinarias, etc.) de los 22 municipios del departamento del Atlántico y el Distrito de Barranquilla en aquellos que manejan sustancias sometidas a fiscalización y medicamentos que las contengan para la subsecretaría de salud pública. b. Tiendas naturistas de los municipios del departamento. c. Establecimientos farmacéuticos (IPS, Droguerías, farmacias – droguería, Veterinarias, etc.) de los 22 municipios del departamento del Atlántico. d. Establecimientos de comercio no farmacéutico donde se comercialicen medicamento y dispositivos médicos.	En el municipio de **BARRANQUILLA:** ESPECIALISTAS ASESORES PROFESIONALES EAP IPS SAS, HOSPICE IPS SAS SEDE SAN VICENTE. En el municipio de **POLONUEVO:** ESE CENTRO DE SALUD DE POLONUEVO, ALMACENES Y DROGUERIA JJ, HIPER DROGUERIA LA 3, DISPENSARIO ETICOS N° 3143 ETICOS SERRANO GOMEZ LTDA, DROGUERIA MI POLONUEVO, DROGUERIA CENTRAL DE POLONUEVO, DROGUERIA VITALIDAD Y SALUD, DROGUERIA LOS ALMENDROS, DROGUERIA Y VARIEDADES LA MISERICORDIA, DROGUERIA CAMILO TORRES DE POLONUEVO, DROGUERIA LA BENDICION DE DIOS LA 8, DROGUERIA ALIC SALUD, DROGUERIA D Y D. En el municipio de **PONEDERA:** ESE HOSPITAL PONEDERA, LA ECONOMIA DROGUERIA #10145 ETICOS SERRANO GOMEZ LTDA. TIENDA EL BACANO, PANADERIA EL PARQUE, TIENDA MERKAFACIL, TIENDA EL BOMBAZO, DISTRIBUIDORA SALSA PAN CAKE, DONDE

	MARIN MINIMARKET, TIENDA GUAIMANERO, TIENDA LA SOMBRA. En el municipio de **SANTO TOMÁS:** DROGUERIA NATALIA AQ. ABASTOS EL BARQUITO, AUTOSERVICIO LOS SOCIOS. En el municipio de **SOLEDAD:** IPS ASESORIAS HORIZONTES DEL NORTE SAS, CENTRO MEDICO DORAL SAS. TIENDA LOS COMPADRES, TIENDA SAGRADO CORAZÓN. **BARANOA:** DROGAS LA ECONOMIA Nº 652, LA REBAJA PLUS MINIMARKET DROGUERIA Nº 2 BARANOA, DROGUERIA INGLESA Nº 54, DROGAS LA BOTICA # 14, DROGAS LA BOTICA DE BARANOA, DROGUERIA FARMANORTE #175 DE BARANOA, DROGUERIA BOTIQUIN EMANUEL Nº 1, LA REBAJA PLUS MINIMARKET DROGUERIA N°1 BARANOA, ESE HOSPITAL DE BARANOA JOSE DE JESUS GOMEZ HEREDIA, DROGAS LA ECONOMIA N° 18. DROGUERIA JULIANA E, NUEVA EPS - PUNTO DE DISPENSACION CAFAM BARANOA, DISTRIBUCIONES PHARMASER BARANOA. TIENDA DROHERMANOS, TIENDA LA PLAZA, ABASTOS EL BUEN GUSTO, TIENDA LA SURTIDORA CENTRAL DE PITAL, TIENDA RUMBA, TIENDA LOS AMIGOS DE CAMPECHE, TIENDA ELIM, DULCERIA Y PAPELERIA, TIENDA EL SAGRADO CORAZON.
Actividades asignadas por competencias del ente territorial.	Se realizaron todas las actividades programadas por el coordinador del área, tales como: • Atención al público. • Entrega y distribución de los recetarios oficiales a médicos y entidades se encuentran inscritos ante la secretaria de salud Departamental –Fondo Rotatorio del Atlántico. • Alimentación y actualización de las bases de datos de las compras y entrega de los recetarios oficiales. • Seguimiento al correo institucional dando respuestas a estos.
Realizar acompañamiento y apoyar en la supervisión de los procesos de: a. Destrucciones de medicamentos y/o materias primas Medicamentos de Control Especial.	En este periodo se ejecutó destrucción el 31 de Mayo 2024 en las Instalaciones de Servicios Ambientales SAE Kilometro 6 Via Juan Mina, para el acompañamiento y verificación de la destrucción de los medicamentos de control especial y medicamentos monopolio del estado de las siguientes entidades que se detallan a continuación: • IPS CLÍNICA BETEL • TAMARA IMÁGENES DIAGNÓSTICAS SAS • URGENCIAS NORTE UT BIENESTAR IPS • REHABILITACIÓN SAS • AMBULANCIAS MEDICAS DEL ATLÁNTICO SAS • INSTITUTO ONCOHEMATOLOGICO BETANIA BIOBETANIA SA • EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL GRUPO EMI SAS SEDE BARRANQUILLA

	Se evidencio el proceso se levantó acta de destrucción del anexo 7 acorde a la Resolución 1478 del 2006.
Realizar todas aquellas actividades asignadas por el supervisor, con relación a su objeto contractual.	En este periodo realicé junto con los coordinadores del área la revisión de los formatos de IVC, como instrumentos para la evaluación del cumplimiento de las normativas legales vigentes, tales como: • Acta visita para la verificación de condiciones mínimas para el funcionamiento de establecimientos farmacéuticos. • Acta visita para verificación de condiciones para el funcionamiento de establecimientos farmacéuticos. • Acta visita para el seguimiento de establecimientos farmacéuticos. En este periodo realicé revisión del correo institucional para la programación de visitas de IVC solicitadas al programa, para planear la ejecución de estas según las prioridades.
Vigilar y hacer seguimiento a: a. Al uso, distribución y denuncia de pérdida de los recetarios oficiales. b. Informes mensuales, traslados de MCE generados por los establecimientos mayoristas y minoristas.	Se realizó recepción de informes de consumo de los medicamentos de control especial y medicamentos monopolio del estado por parte de los establecimientos mayoristas y minoristas que se encuentran inscritos ante la secretaria de salud departamental – Fondo Rotatorio del Atlántico. La recepción de estos informes fue realizada en la subsecretaria de salud pública en las oficinas del programa de medicamentos y otras tecnologías
Asistir y participar de las reuniones, capacitaciones, juntas o demás actividades que la coordinación y/o supervisor organicen.	Asistí una reunión en las instalaciones de la subsecretaría de salud pública en las oficinas de la doctora Olinda Oñoro Subsecretaria de salud Departamental sobre los lineamientos a seguir de las actividades correspondientes del programa de medicamentos y otras tecnologías. Se asistió a las reuniones convocadas por los profesionales del área durante el mes con la finalidad de recibir el cronograma de actividades y realizar una retroalimentación de las actividades desarrolladas.
Elaboración de informe de gestión mensual de las actividades desarrolladas y del programa	Se realizaron los informes solicitados por el referente del programa.

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	77977548	19/06/2024	$195.000
	SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS		$195.000

(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 **25** días del mes de **JUNIO** de **2024**.

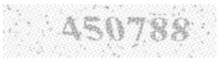
FIRMA DEL SUPERVISOR
C.C.: 32.834.196 de Baranoa

FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C.: 1.001.874.096 de Polonuevo/Atlántico

VALIDACIÓN PLANILLA DE PAGO – KEYLA PAOLA CERVANTES OROZCO

Inicio / **Consulta Pago por Aportes**

Esta consulta esta únicamente disponible para que pueda verificar una planilla que ha pagado un independiente en los ultimos 12 meses, suministrando los datos a continuación que la persona le ha indicado.

Tipo de Documento:	Cédula Ciudadanía
Número de Documento:	1001874096
Número de Planilla:	77977548
Fecha de pago de la planilla:	Día: 19 Mes: Junio Año: 2024
Periodo de pago salud:	Mes: Mayo Año: 2024
Ingrese el valor total pagado de la planilla:	195000 No ingresar letras, caracteres extraños ni puntos o comas
Digite el número que aparece en la imagen:	357496 

Consultar

Administradoras pagadas	Periodo de pago
ARL SURA	Mayo - 2024
Porvenir	Mayo - 2024
Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	Mayo - 2024

CERTIFICACIÓN

Yo, **CARLOS ALBERTO ESCOBAR TORRES,** identificado con cedula de ciudadanía N° 12.596.889, en mi calidad de Profesional Especializado Grado 07 Código 222, referente del programa de CONTROL DE MEDICAMENTOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS, certifico el cumplimiento a cabalidad de las actividades de la señora **KEYLA PAOLA CERVANTES OROZCO**, identificada con cedula de ciudadanía N° 1.001.874.096, suscritas en el contrato N° 202400932 de 2.024, esto con la finalidad de que pueda gestionar sus cuentas de cobro de dicho contrato correspondientes a las realizadas del 22 de mayo al 21 del mes de junio del año 2024.

La presente certificación se expide el cuatro (21) de Junio del 2.024

Cordialmente

CARLOS ALBERTO ESCOBAR TORRES
Profesional Especializado
Control de Medicamentos y Otras Tecnologías

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".