Informe de Supervisión No:	3
Contrato No:	202401088

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

Contratista:	CINDY PAOLA BELLO VALBUENA		
Identificación:	1.143.451.021		
Tipo de Contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS		
Nombre del Supervisor:	OLINDA OÑORO JIMENEZ		
Objeto del Contrato:	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 T R A N S M I S I B L E S DESARROLLADAS POR LA SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA EN LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.		
Plazo de Ejecución:	*El plazo para la ejecución del contrato será de SEIS (6) meses, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.*		
Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	202400954	**Fecha de C.D.P.**	2024/04/19
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	202402774	**Fecha del R.P.**	2024/05/31

Valor del Contrato	**Contrato Inicial**	$ 24.000.000
	Adición 1	$
	Adición 2	$
	Adición 3	$
	Total	$ 24.000.000

Fecha de inicio del contrato	Fecha de terminación del contrato	Fecha de Suspensión del contrato	Fecha de reinicio
2024/05/31	2024/12/30		

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		**$24.000.000**
Adición No. 1		**$**
Adición No. 2		**$**
Adición No. 3		**$**
Valor Total del contrato		**$24.000.000**
Porcentaje del Anticipo	**%**	**$**
Porcentaje del Pago anticipado	**%**	**$**
Valor Amortizado del Anticipo		**$**
Valor Ejecutado del Contrato		**$12.000.000**
Valor por ejecutar		**$12.000.000**
Valor a pagar en el presente Informe		**$ 4.000.000**
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 01 DE AGOSTO AL 31 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**
Implementar y realizar seguimiento a las actividades y/o acciones de ETV, atendiendo el manual establecido para su desarrollo.	Se realiza seguimiento a las actividades de prevención de factores de riesgo para las ETV realizadas por los Visitadores ETV a cargo atendiendo el manual establecido para tal fin, en los municipios de: Galapa y Tubará
Programar, coordinar y vigilar las actividades de los visitadores ETV a su cargo, priorizando las zonas o barrios con alto índice aedico.	Se realizó visitas de inspección para prevención del riesgo de las ETV en los municipios de Galapa y Tubara
Establecer con la primera visita el diagnostico entomológico como línea base para medir el indicador: control y eliminación del foco.	Se estableció el área programática a trabajar y se realizó la primera visita
Verificar que las actividades del programa encomendadas a los Agentes Primarios en Salud Ambiental y/o Visitadores de ETV, se cumplan eficientemente en cuanto a calidad y oportunidad de acuerdo con los lineamientos trazados.	Se verifico que los visitadores ETV, realicen una efectiva inspección de las viviendas visitadas para la prevención de factores de riesgo de las ETV, en los municipios de: MUNICIPIO V I V I E N D A S VISITADAS Galapa: 588

	Tubara: 424
Apoyar en la supervisión de las actividades de los visitadores ETV en terreno, con monitoreo al azar en forma periódica e informando mensualmente los hallazgos.	Se apoyó en la Supervisión de las actividades de los visitadores ETV a cargo, realizaron correctamente las actividades y en el periodo informado no se presentó ningún hallazgo.
Apoyar en la supervisión de las actividades de los visitadores, como: a) Entrega diaria de las planillas por parte de los visitadores b) Apoyar la supervisión del diligenciamiento de los formatos y planillas de manera que estos cumplan el objetivo para el cual fueron diseñados. c) Verificar que los Visitadores ETV cumplan con el número de visitas domiciliarias diarias establecidas en el plan y/o manual. d) Reportar por escrito, los incumplimientos por parte de los visitadores en sus áreas programáticas (AP) y que alternar el buen funcionamiento del programa. e) Coordinar y visitar la o las viviendas que por 2 veces se encuentren cerradas.	a) Recolección de las planillas de trabajo de los visitadores a cargo y entregó planillas a Ingeniero para su respectiva verificación. b) Se revisó el correcto diligenciamiento de las planillas de trabajo del personal a cargo d) En este periodo no se presentó incumplimiento por parte de los Visitadores ETV a cargo en sus aéreas programáticas. e) Las viviendas que se encontraron cerradas se les realizó una segunda visita.
Articular con las diferentes áreas del programa: Entomología, Laboratorio, SIVIGILA para la intervención oportuna y control de los eventos por parte de los Visitadores ETV.	En este periodo no de programó esta actividad
Entregar en forma oportuna y sin excepción las planillas de los Visitadores ETV los viernes de cada semana en las oficinas a fin de consolidar los informes de gestión, con el fin de mantener una base de datos en la Secretaría de Salud.	Se entregaron las planillas revisadas del trabajo realizado en campo al área de sistemas para su digitación y consolidación
Organizar, programar y complementar la socialización a la comunidad en la promoción y prevención de la salud en cuanto a los factores de riesgo que inciden y contribuyen a la proliferación del vector transmisor del Dengue y demás actividades de promoción y prevención de las ETV.	En este periodo no de programó esta actividad
Gestionar los insumos necesarios para el cumplimiento eficiente de las actividades de los Visitadores de ETV, monitoreando el buen uso de ellos.	Gestión de insumos de trabajo (planillas, larvicida abate, linternas), para las actividades de promoción, prevención y Control de las ETV en los municipios del departamento asignados y realizadas por los visitadores ETV
Velar porque los instrumentos e insumos necesarios para el funcionamiento de los programas a su cargo sean suministrados a tiempo y en la cantidad necesaria.	Se realizó entrega al personal a cargo los implementos de trabajo antes mencionados para la realización de las actividades.
Solicitar, revisar y verificar los soportes necesarios y suficientes para el cumplimiento de las actividades mensuales como único requisito para el pago de las cuentas.	Se revisó el informe presentado por el personal a cargo para el trámite de las cuentas de cobro de manera virtual y se enviaron al correo institucional del programa.
Presentar informe de gestión mensual de las acciones desarrolladas de acuerdo con modelo establecido por la Secretaría de Salud Departamental.	Se realizó informe mensual de las actividades de seguimiento y supervisión de las actividades de prevención y control realizadas por el personal a cargo en las áreas programáticas.
Desarrollar todas aquellas subactividades que se deriven o sean necesarias para cumplir con las actividades específicas principales, de forma personal e intransferible, que le sean asignadas por el supervisor del contrato.	Se realiza reunión con la referente del programa para asigna actividad de seguimiento al cargue de la información diaria de los supervisores de área en el link diseñado para tal fin. Asignar el municipio a trabajar de todo el personal que ingresa y que me reportan de acuerdo a la necesidad del Departamento.

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	1064469326	03/07/2024	$495.000
2	1064829207	23/07/2024	$495.000
3	1065325539	28/08/2024	$495.000
	SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS		**$1.485.000**

(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 02 días del mes de septiembre de 2024.

FIRMA DEL SUPERVISOR
C.C.: 32.834.196 de Baranoa

FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C.: 1.143.451.021 de Barranquilla

VALIDACIÓN PLANILLA DE PAGO - CINDY PAOLA BELLO VALBUENA



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.) CINDY PAOLA BELLO VALBUENA, identificada(o) con la C.C No 1.143.451.021, realizó en el periodo comprendido del 01 de agosto al 31 de agosto del 2024, de acuerdo al objeto del contrato de prestación de servicios No 202401088; 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".