| | |
|---|---|
| **Informe de Supervisión No:** | 4 |
| **Contrato No:** | 202401235 |

## 1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contratista:** | GUILLERMO AUGUSTO RODRIGUEZ MASS | | |
| **Identificación:** | 72.003.817 | | |
| **Tipo de Contrato:** | PRESTACIÓN 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 DIMENSIÓN 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 SEIS (06) 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.)** | 202402914 | **Fecha del R.P.** | 2024/06/07 |
| **Valor del Contrato** | **Contrato Inicial** $ 29.400.000<br>**Adición 1** $<br>**Adición 2** $<br>**Adición 3** $<br>**Total** $ 29.400.000 | | |

| Fecha de inicio del contrato | Fecha de terminación del contrato | Fecha de Suspensión del contrato | Fecha de reinicio |
|---|---|---|---|
| 07/06/2024 | 06/12/2024 | | |

### 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** | | **$ 29.400.000** |
| **Adición No. 1** | | **$** |
| **Adición No. 2** | | **$** |
| **Adición No. 3** | | **$** |
| **Valor Total del contrato** | | **$ 29.400.000** |
| **Porcentaje del Anticipo** | **%** | **$** |
| **Porcentaje del Pago anticipado** | **%** | **$** |
| **Valor Amortizado del Anticipo** | | **$** |
| **Valor Ejecutado del Contrato** | | **$ 19.600.000** |
| **Valor por ejecutar** | | **$ 9.800.000** |
| **Valor a pagar en el presente Informe** | | **$ 4.900.000** |
| **No. Factura o Cuenta de Cobro** | | **4** |

**4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO**

**4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 07 DE SEPTIEMBRE AL 06 DE OCTUBRE 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 elaboración de las bases de datos para el funcionamiento óptimo del sistema de información del programa ETV y Zoonosis, apoyar la actualización cuando sea necesario. | La información a la fecha de corte del presente informe, se consolidó en un archivo, y se encuentra disponible para consulta por parte del referente del programa en el acceso compartido para tal fin. |
| Brindar apoyo al soporte técnico del personal contratista de apoyo digitador para el adecuado registro de la información generada en el programa ETV y Zoonosis. | Durante el periodo del presente informe, se realizaron 4 archivos principales (Tanda 37 38, 39 y 40), en las cuales el proceso de digitación fue realizado por los digitadores contratado del programa.<br>La evidencia del archivo se encuentra en el acceso compartido para tal fin. |
| Brindar apoyo en la consolidación y asignación equitativa de la información al personal digitador para el ejercicio de las actividades contractuales. | La evidencia del archivo se encuentra en el acceso compartido para tal fin. |
| Brindar apoyo a la tabulación, revisión, validación y análisis de la información digitada del programa ETV y Zoonosis. | Durante el periodo del presente informe, se relacionó a medida que iban trayendo las planillas a la oficina de Salud Pública, para ser revisadas y asignadas al digitador del programa. |

| | |
|---|---|
| Brindar apoyo al seguimiento de la oportunidad en la digitación de la información realizada por el personal contratista de apoyo. | Durante el periodo del presente informe, se relacionó a medida que se iban trayendo las planillas a la oficina de Salud Pública, para ser revisadas y asignadas al digitador del programa.<br>Se recibieron 1037 planillas de ETV (Bloqueo: 123, Visitas Casa a Casa: 759, Entornos Especiales: 34, Capacitación: 78, Fumigación: 43, Fumigación Espacial: 0, Visitas Casa a Casa Especiales: 0; y se recibieron 71 planillas de Zoonosis (71 Desratización).<br>El archivo con el cronograma de entrega durante el periodo del presente contrato, se encuentra en el acceso compartido para tal fin. |
| Brindar apoyo en la remisión semanal de los informes establecidos para el Programa ETV y Zoonosis | El archivo con el cronograma de entrega durante el periodo del presente contrato, se encuentra en el acceso compartido para tal fin. |
| Brindar apoyo en la consolidación de informes mensual, bimestral, trimestral y anual de las actividades ejecutadas y digitadas del Programa ETV y Zoonosis. | La información consolidada del programa de ETV, se encuentra disponible para su consulta en el acceso compartido definido para tal fin. |
| Brindar apoyo en la revisión y consolidación de la notificación de los eventos de interés del Programa ETV y Zoonosis, según disponga el área de Vigilancia en Salud Pública Departamental. | En el periodo no se realizó la actividad, debido a que desde el 15 de agosto, la ubicación de donde se saca la información, no se actualiza desde entonces.<br>Se adjunta en el presente informe evidencia de esto. |
| Brindar apoyo en la elaboración de informes a través del uso de herramientas tecnológicas que permitan la oportuna toma de decisiones del programa ETV y Zoonosis. | A medida que sea solicitado por parte del eferente del programa, se brindara el apoyo solicitado. |
| Brindar apoyo en la organización del archivo físico del Programa ETV y Zoonosis, según los lineamientos de gestión documental de la Gobernación. | La información se encuentra disponible en los accesos compartidos definidos para tal fin, en los tiempos definidos para estar disponible la información al momento de la realización de los informes. |
| Realizar informe mensual de actividades. | Esta información está disponible según la disponibilidad de la información digitada por parte del digitador contratado del programa. |
| Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor del contrato. | Semanalmente se realiza el cargue de la información y actualización del archivo de los eventos de Dengue reportados por el área de vigilancia. En la misma carpeta se cargan los archivos de otros eventos reportados por esta área. Se reporta una vez a los médicos del programa que la información ya se encuentra actualizada. El archivo está disponible en máximo dos días hábiles después que esta área sube la información. |

Las evidencias se encuentran en el siguiente acceso: GUILLERMO AUGUSTO RODRIGUEZ MASS - OneDrive (sharepoint.com)

**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 | 7932866328 | 04/07/2024 | $ 568.900 |
| 2 | 7932959547 | 05/08/2024 | $ 568.900 |
| 3 | 7936947063 | 02/09/2024 | $ 568.900 |
| 4 | 7939739690 | 02/10/2024 | $568.900 |
| | SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS | | **$ 2’275.600** |

**(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 10 días del mes de octubre de 2024.

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

**FIRMA DEL CONTRATISTA**
**C.C.: 72.003.817 de Barranquilla**

## VALIDACIÓN PLANILLA DE PAGO - GUILLERMO AUGUSTO RODRIGUEZ MASS

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 * 7939739690

Administradora de riesgos * 14-11 - ,

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7939739690 | I | $568.900 | PAGADA | ÚNICO | 2024-09 | | |

Regresa al home

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.) **GUILLERMO AUGUSTO RODRIGUEZ MASS**, identificada(o) con la C.C No. 72.003.817, realizó en el periodo comprendido del 07 septiembre al 08 de octubre del 2024, de acuerdo al objeto del contrato de prestación de servicios No 202401235; PRESTACION 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 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 09 de octubre 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".*