Informe de Supervisión No:	1
Contrato No:	202402777

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

Contratista:	MERLIS PATRICIA SOLANO JULIO		
Identificación:	1046267723		
Tipo de Contrato:	PRESTACION DE SERVICIO		
Nombre del Supervisor:	OLINDA OÑORO JIMENEZ		
Objeto del Contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA ASISTIR Y ACOMPAÑAR LAS ACCIONES DE PREVENCIÓN PRIMARIO PROMOCION INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL DE LAS ETV Y ZOONOSIS DENTRO DE LA DIMENSION VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DESARROLLADAS POR LA SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA EN LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO		
Plazo de Ejecución:	*El plazo para la ejecución del contrato será por DOS (2) meses, Contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución*		
Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	202401575	**Fecha de C.D.P.**	2024 / 06 / 13
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	202407611	**Fecha del R.P.**	2024 / 11 / 28

Valor del Contrato	**Contrato Inicial**	$ 2´800.000
	Adición 1	$
	Adición 2	$
	Adición 3	$
	Total	$ 2´800.000

Fecha de inicio del contrato	Fecha de terminación del contrato	Fecha de Suspensión del contrato	Fecha de reinicio
26/11/2024	31/12/2024		

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		**$2´800.000**
Adición No. 1		**$**
Adición No. 2		**$**
Adición No. 3		**$**
Valor Total del contrato		**$2´800.000**
Porcentaje del Anticipo	**%**	**$**
Porcentaje del Pago anticipado	**%**	**$**
Valor Amortizado del Anticipo		**$**
Valor Ejecutado del Contrato		**$ 700.000**
Valor por ejecutar		**$2´100.000**
Valor a pagar en el presente Informe		**$ 700.000**
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 26 DE NOVIEMBRE AL 30 DE NOVIEMBRE 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:

DETALLES DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS		
	OBLIGACIONES	**PRODUCTOS**
1	Brindar apoyo en el alistamiento y distribución de insumos, papelería y equipos, la elaboración, revisión y consolidación diaria de inventarios y Kardex de los biológicos, insumos y equipos del Programa ETV y Zoonosis.	En el periodo no se programó esta actividad.
2	Brindar apoyo en la ejecución de actividades de educación integral dirigida a la comunidad general, educativa, líderes comunitarios, entre otros, en los factores de riesgo para la prevención de las Zoonosis y las ETV y Tenencia responsable de animales de compañía.	En el periodo no se programó esta actividad.
3	Brindar apoyo en la organización y ejecución de las actividades de participación comunitaria que se programen (recolección de inservibles, actividades de educación, comunicación, información, entretenimiento).	En el periodo no se programó esta actividad.
4	Brindar apoyo en la consecución semanal de la notificación de eventos de interés del Programa ETV y Zoonosis, en las Secretarías	

	de Salud Municipales, cuando sea requerido.	En el periodo no se programó esta actividad..
5	Participar en las reuniones convocadas por el Programa ETV y Zoonosis	En el periodo no se programó esta actividad.
6	Brindar apoyo en la realización y actualización del diagnóstico sanitario de los sujetos priorizados, en los instrumentos diseñados por la Entidad para tal fin.	En el periodo no se programó esta actividad.
7	Brindar apoyo en el levantamiento del diagnóstico de las viviendas, a través de tres visitas, en la primera se establece el objetivo conductual a trabajar y en la cual socializa las respectivas recomendaciones a la comunidad, la segunda es de verificación de cumplimiento y la tercera obedece al seguimiento final para medir el impacto de las primeras dos visitas, las visitas integrales a las viviendas asignadas, tienen como meta mínima 30 viviendas diarias.	En el periodo no se programó esta actividad.
8	Brindar apoyo al control de vectores y eliminación de focos cuando se requiera, de acuerdo con los lineamientos señalados por el Programa ETV y Zoonosis.	En el periodo no se programó esta actividad.
9	Brindar apoyo en la organización y ejecución de las actividades de participación comunitaria que se programen (recolección de inservibles, actividades de educación, comunicación, entrenamiento, información).	En el periodo no se programó esta actividad.
10	Brindar apoyo a las visitas de inscripción, de inspección, vigilancia y control de establecimientos Veterinarios y afines de los municipios	En el periodo no se programó esta actividad.
11	Realizar el diligenciamiento completo y con letra legible de las planillas, formatos y actas que soportan la ejecución de las actividades del Programa ETV y Zoonosis.	En el periodo no se programó esta actividad.
12	Brindar apoyo en la entrega diaria de las planillas que soportan la ejecución de las actividades y los consolidados de las actividades ejecutadas, a los profesionales de apoyo a la coordinación regional del Programa ETV y Zoonosis.	En el periodo no se programó esta actividad.
13	Realizar todas aquellas actividades que sean asignadas por el supervisor del contrato	TEMAS DE INDUCCIÓN O RE-INDUCCIÓN A continuación, se listan los temas que se trataron y/o desarrollaron en la Inducción o Reinducción 1. Presentación líder programa o dimensión 2. Información General de la Entidad. • Política de la entidad. • Objetivos, metas e informes • Reporte de Incidentes y Accidentes de Trabajo - Incapacidad Médica. • Proceso de cuenta de cobro, pago de seguridad social y documentos soportes. 3. Aspectos y Generalidades Obligaciones y Responsabilidades • Obligaciones del empleador.

		• Obligaciones del líder del programa o dimensión y/o supervisor • Responsabilidades de los trabajadores ante la entidad. 4. Otros temas • Capacitación en biología del Aedes, aegypti y control vectorial • Correcto diligenciamiento de formatos como: formularios de visitas domiciliarias de inspección y capacitación para la prevención de factores de riesgo de las ETV- Grupos de sistemas • Tipos de planillas • Diligenciamiento de planillas • Errores frecuentes en el diligenciamiento de formatos de trabajo • Motivos de devolución de planillas • Capacitación sobre Mosquito • Capacitación sobre inspección de tanques, hsvrt bloqueo. Por medio del presente informe dejo constancia que recibí información relacionada anteriormente en la subsecretaria de salud pública/Gobernación del Atlántico. También, que se me informó sobre los peligros y riesgos a los que estaré expuesto en el desarrollo de mis actividades; así como, de las medidas de intervención implementadas por la Entidad para prevenir o mitigar las consecuencias a la exposición de los mismos. A partir de la fecha expreso mi compromiso con el cumplimiento de las políticas, objetivos y metas establecidas por la entidad y con las funciones y responsabilidades que me han sido asignadas, así mismo, mi compromiso en participar en las actividades de capacitación, en las de promoción y prevención en salud y de todas las directamente relacionadas al SG-SST y a las actividades contractuales o designadas por el supervisor
14	Brindar apoyo en la organización del archivo físico del Programa ETV y Zoonosis, según los lineamientos de gestión documental de la Gobernación.	En el periodo no se programó esta actividad.
15	Realizar informe mensual de actividades	En el periodo no se programó esta actividad.

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)
01	9479295322	23/12/2024	$67.100
	SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS		$67.100

(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 17 días del mes marzo de 2025

FIRMA DEL SUPERVISOR
C.C.: 32.834.196 de Baranoa

FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C.: 1046267723 de REPELON

VALIDACION PLANILLA PAGADA- MERLIS PATRICIA SOLANO JULIO



De: Edgardo Efraín Gómez Barros <egomez@atlantico.gov.co>
Enviado: jueves, 13 de marzo de 2025 8:23
Para: Olinda Oñoro Jiménez <oonoro@atlantico.gov.co>
Asunto: RE: UTILIZACION DE FIRMA DIGITAL EN INFORMES DE GESTION SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA

solicitud atendida

EDGARDO E. GOMEZ BARROS
Subsecretario de Contabilidad
SECRETARÍA DE HACIENDA
GOBERNACION DEL ATLANTICO

De: Olinda Oñoro Jiménez <oonoro@atlantico.gov.co>
Enviado: miércoles, 12 de marzo de 2025 17:38
Para: Edgardo Efraín Gómez Barros <egomez@atlantico.gov.co>
Cc: Rosario Paola Hernández Herrera <rhernandez@atlantico.gov.co>; contratacionopssaludpublica@gmail.com <contratacionopssaludpublica@gmail.com>
Asunto: UTILIZACION DE FIRMA DIGITAL EN INFORMES DE GESTION SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA
Barranquilla, 12 de marzo de 2025

Doctor
EDGARDO GÓMEZ BARROS
Subsecretario de Contabilidad
SECRETARÍA DE HACIENDA DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO egomez@atlantico.gov.co

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 misma Subsecretaría de Salud Pública.

Atentamente,

OLINDA OÑORO JIMENEZ
Subsecretaría de Salud Pública
Secretaría de Salud Departamental
Gobernación del Atlántico