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

| | |
|---|---|
| **Informe de Supervisión No:** | 5 |
| **Contrato No:** | 202401219 |

## 1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contratista:** | ADRIANA ARRIETA SANCHEZ | | |
| **Identificación:** | 45781142 | | |
| **Tipo de Contrato:** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | |
| **Nombre del Supervisor:** | OLINDA OÑORO JIMÉNEZ | | |
| **Objeto del Contrato:** | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PROMOCION PREVENCION DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES EMERGENTES REMERGENTES Y DESATENDIDAS TUBERCULOSIS MEDIANTE LAS ACCIONES QUE LLEVA A CABO LA SUBSECRETARÍA DE SALUD PUBLICA EN LOS 22 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO. | | |
| **Plazo de Ejecución:** | *El plazo para la ejecución del contrato será de SEÍS (6) MESES, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.* | | |
| **Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)** | 202400574 | **Fecha de C.D.P.** | 2024 / 03 / 06 |
| **Número de Registro Presupuestal (R.P.)** | 202403033 | **Fecha del R.P.** | 2024 / 06/13 |

| | | |
|---|---|---|
| **Valor del Contrato** | **Contrato Inicial** | $ 30.000.000 |
| | **Adición 1** | $ |
| | **Adición 2** | $ |
| | **Adición 3** | $ |
| | **Total** | $ 30.000.000 |

| Fecha de inicio del contrato | Fecha de terminación del contrato | Fecha de Suspensión del contrato | Fecha de reinicio |
|---|---|---|---|
| 06/13/2024 | 12/12/2024 | | |

### 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** | | **$ 30.000.000** |
| **Adición No. 1** | | **$** |
| **Adición No. 2** | | **$** |
| **Adición No. 3** | | **$** |
| **Valor Total del contrato** | | **$ 30.000.000** |
| **Porcentaje del Anticipo** | **%** | **$** |
| **Porcentaje del Pago anticipado** | **%** | **$** |
| **Valor Amortizado del Anticipo** | | **$** |
| **Valor Ejecutado del Contrato** | | **$ 25.000.000** |
| **Valor por ejecutar** | | **$ 5.000.000** |
| **Valor a pagar en el presente Informe** | | **$ 5.000.0000** |
| **No. Factura o Cuenta de Cobro** | | **5** |

**4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO**

**4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO 13 DE OCTUBRE AL 12 DE NOVIEMBRE DEL 2024. (No aplica para personas jurídicas – No establecer periodo)**

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** |
| Realizar visita de asistencia técnica a las IPS de atención integral, que diagnostican y suministran tratamiento para la tuberculosis en personas viviendo con tuberculosis y VIH. | Asistencia Técnica Se realiza aplicación del formato de asistencia técnica establecido por el Ministerio de salud y protección social para el seguimiento al programa de TB de acuerdo a la resolución 227 de febrero 2020 se evalúan los indicadores de : **TALENTO HUMANOS, INFRAESTRUCTURA, ANÁLISIS DEL COMPONENTE DEL PROGRAMA, PREVENCIÓN DE TUBERCULOSIS Y QUIMIOPROFILAXIS, ACCONES COLABORATIVAS TB/VIH Y TB/CRÓNICOS,** |

| | |
|---|---|
| | **TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE, CONTROL DE INFECCIONES, MONITOREO Y EVALUACION DE INDICADORES PROGRAMÁMATICOS y DEFINICION DE COMPROMISOS.**<br><br>• **SE REALIZAN ASISTENCIAS TECNICAS PSICOSOCIAL IPS INTEGRALES VIH/TB Y SEGUIMIENTO AL FORMATO DE ADHERENCIA**<br><br>1. ASISTENCIA TECNICA PSICOSOCIAL NOVUMED<br>2. ASISTENCIA TECNICA PSICOSOCIAL QUIMIOSALUD |
| Velar por la implementación de todas las acciones del plan colaborativo TB/VIH en la red departamental. | **ASISTENCIAS TECNICAS Y SEGUIMIENTO PSICOSOCIAL (ADHERENCIA AL TRATAMIENTO TB)**<br><br>• ASISTENCIA TECNICA PSICOSOCIAL SECRETARIA DE SALUD PIOJO<br>• ASISTENCIA TECNICA PSICOSOCIAL SECRETARIA DE SALUD SOLEDAD<br>• ASISTENCIA TECNICA PSICOSOCIAL SECRETARIA DE SALUD TUBARA<br>• ASISTENCIA TECNICA PSICOSOCIAL IPS UMA-SOLEDAD<br>• ASISTENCIA TECNICA PSICOSOCIAL IPS VIVA 1A-SOLEDAD-(SURA)<br>• ENGAGE TB-MUNICIPIO DE MALAMBO<br>• |
| Mantener actualizada la información de asesoría y prueba voluntaria para VIH, tratamiento antirretroviral de pacientes que ingresan al programa tuberculosis | • Se realiza monitoreo psicosocial a pacientes e IPS de atención integral TB/VIH a través de las visitas técnicas revisando el cumplimiento de los lineamientos técnicos de la resolución 227 de febrero 2020 en cumplimiento de los requerimientos de adhesión al tratamiento antifimico |
| Apoyar y participar en las unidades de análisis de casos de mortalidad por tuberculosis/VIH. | El período comprendido entre el 13 de octubre al 12 noviembre no habido convocatoria de asistencia a unidad de análisis por mortalidad TB/VIH. |

| | |
|---|---|
| | |
| Derivación de casos de otros departamentos y seguimiento a la remisión de los mismos. | • Se realiza socialización a la enfermera jefe del programa de TB IPS SURA (VIVA 1A LAS MORAS) del formato de georreferenciación, con indicaciones de información del contenido los adjuntos para enviarlos a la ciudad de nueva residencia del paciente de TB.<br>• Se realiza la georreferenciación a la ciudad de Cali a través del correo institucional del programa de TB del Atlántico.<br>• Se realiza llamada telefónica al Referente del programa de la ciudad de Cali notificando el caso georreferenciado. |
| Apoyo en la revisión de requisitos de solicitud de medicamentos y autorización de los mismos. | .<br>• Acompañamiento todos los viernes en el horario de 8.00 AM a 1:00 PM para la entrega de medicamento antífimico a las IPS, ESE municipales y red de salud Departamental solicitantes. |
| Entregar mensual el informe de actividades de avance e indicadores del programa de acuerdo a los términos de referencia | • Se realiza 5 informe período de actividades realizadas del 12 de octubre al 13 de noviembre cargando en el drive del Programa de TB para seguimiento de actividades asignadas.<br>• Se realiza apoyo administrativo al programa TB en las instalaciones de la secretaria de salud pública departamental y atención y respuesta a correos, Secretarias de salud Municipales del Atlántico, ESE, IPS, EPS y EAPB<br>• Participación en la reuniones semanales (viernes de 9:00 am a 12:00 M) sobre los avances del programa de TB, en los que se exponen los casos para seguimientos y revisión de los compromisos de los grupos de trabajos del programa. |
| Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor, con relación al objeto contractual. | • Se realizaron todas las actividades asignadas por el referente del programa. |

| | |
|---|---|
| | • Se realizaron todas las actividades asignadas por el referente del programa. |

***NOTA: Se relacionan las actividades realizadas por el contratista durante el plazo de ejecución del contrato.***

1. **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)***

2. **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.

**3. 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 | 9469023881 | 2024/07/15 | 618.800 |
| 2 | 9471050988 | 2024/08/05 | 618.800 |
| 3 | 9471805140 | 2024/09/04 | 618.800 |
| 4 | 9474198401 | 2024/10/10 | 618.800 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 5 | 9476234907 | 2024/11/07 | 618.800 |
| | SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS | | |

**(La sumatoria total de las planillas sin intereses debe ser igual al pago de la seguridad social sobre el 40% del valor del contrato)**

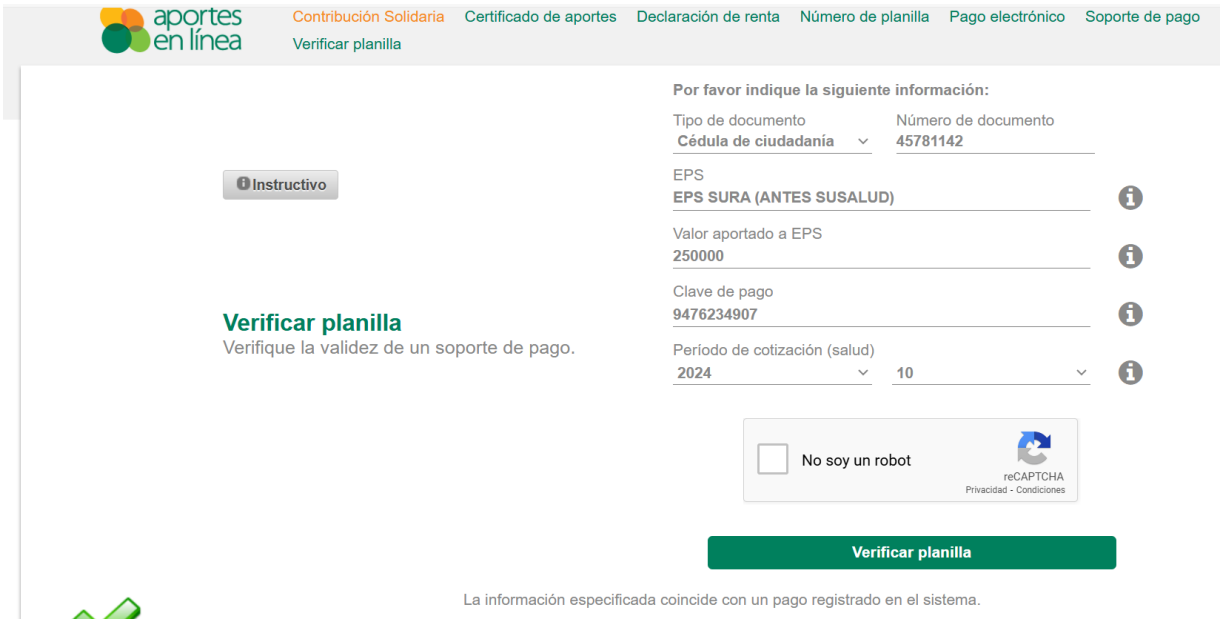
*NOTA: Aplica para persona natural. Para persona jurídica, anexar certificación del pago de planillas de Seguridad Social por parte del Representante Legal y/o Revisor Fiscal con los soportes asociados.*

Se firma en Barranquilla, a los 15 días del mes de noviembre de 2024.

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

**FIRMA DEL CONTRATISTA**
**C.C.: (45.781.142) de (SAN JUAN-BOLIVAR)**

**VALIDACIÓN PLANILLA DE PAGO - ADRIANA ARRIETA SANCHEZ**



**CERTIFICACIÓN**

Yo, **TERESITA MARIA MASTRODOMENICO MEDINA,** identificado con cedula de ciudadanía N° 22.637.194 de Sabanalarga, en mi calidad de referente del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI, certifico el cumplimiento de las actividades que le fueron asignadas por parte del supervisor, a la señora **ADRIANA ARRIETA SANCHEZ,** identificada con cedula de ciudadanía N° **45.781.142**, suscritas en el contrato N° **202401219** de 2024, esto con la finalidad de que pueda gestionar su cuenta de cobro de dicho contrato correspondientes a las realizadas en el periodo del 13 de octubre al 12 de noviembre de 2024.

La presente certificación se expide el catorce (14) de noviembre del 2024

Cordialmente

**TERESITA MARIA MASTRODOMENICO MEDINA**
Referente PAI – TB - LEPRA

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".*