Informe de Supervisión No:	7
Contrato No:	202401219

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

Contratista:	ADRIANA ARRIETA SANCHEZ		
Identificación:	45.781.142		
Tipo de Contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS		
Nombre del Supervisor:	OLINDA OÑORO JIMENEZ		
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 Prorróguese el plazo del contrato nº 202401219 hasta el 31 de diciembre 2024, contados a partir del vencimiento del plazo inicial		
Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	202400574 202402297	**Fecha de C.D.P.1** **Fecha de C.D.P.2**	2024/03/06 2024/08/21
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	202403033 202408007	**Fecha del R.P.1** **Fecha del R.P.2**	2024/06/13 2024/12/05

Valor del Contrato

Contrato Inicial	$ 30.000.000
Adición 1	$ 3.160.000
Adición 2	$
Adición 3	$
Total	$ 33.16.000

Fecha de inicio del contrato	Fecha de terminación del contrato	Fecha de Suspensión del contrato	Fecha de reinicio
2024/06/13	2024/12/31		

1.1 MODIFICACIONES DEL CONTRATO

DOCUMENTO	FECHA SUSCRIPCION AAA/MM/DD	PRÓRROGA DEL PLAZO (meses y/o días)	ADICIÓN VALOR ($)	OBSERVACIÓN
45.781.142	03/12/2024	hasta el 31 de diciembre 2024	$3.160.000	

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		**$30.000.000**
Adición No. 1		**$ 3.160.000**
Adición No. 2		**$**
Adición No. 3		**$**
Valor Total del contrato		**$33.160.000**
Porcentaje del Anticipo	**%**	**$**
Porcentaje del Pago anticipado	**%**	**$**
Valor Amortizado del Anticipo		**$**
Valor Ejecutado del Contrato		**$33.160.000**
Valor por ejecutar		**$ 0**
Valor a pagar en el presente Informe		**$ 3.160.000**
No. Factura o Cuenta de Cobro		**7**

4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO

4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DELMES DE DICIEMBRE 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**
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.	Se realizará Asistencia Técnica Psicosocial a la IPS de la Costa Se realizará seguimiento psicosocial a través de llamadas telefónicas a los equipos psicosociales de los Municipios: Soledad y Malambo.
Velar por la implementación de todas las acciones del plan colaborativo TB/VIH en la red departamental	Se realizará Asistencia Técnica Psicosocial a la ESE de los Municipios de Malambo Se realizará Asistencia Técnica Psicosocial a la ESE de los Municipios de Polo Nuevo Se realizará seguimiento psicosocial a IPS

	Clínica de la Costa en garantías del tratamiento en pacientes TB/VIH Se realizará seguimiento psicosocial a IPS de la Costa en garantías del tratamiento en pacientes TB/VIH
Velar por la implementación de todas las acciones del plan colaborativo TB/VIH en la red departamental	Se realizará 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.	Se realizará apoyo en caso de ser convocados a reuniones de mortalidad de pacientes TB
Derivación de casos de otros departamentos y seguimiento a la remisión de los mismos	Se realizará apoyo en los casos de georreferenciación requeridos
Apoyo en la revisión de requisitos de solicitud de medicamentos y autorización de los mismos.	Se realizará Acompañamiento todos los lunes 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 realizará informe de actividad de avances e indicadores del programa
Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor, con relación al objeto contractual.	Se realizará todas las actividades asignadas por el referente del programa.

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	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
6	9477020065	2024/11/21	$618.800
7	9477598002	2024/11/22	$ 618.800
	SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS		$ 4.331.600

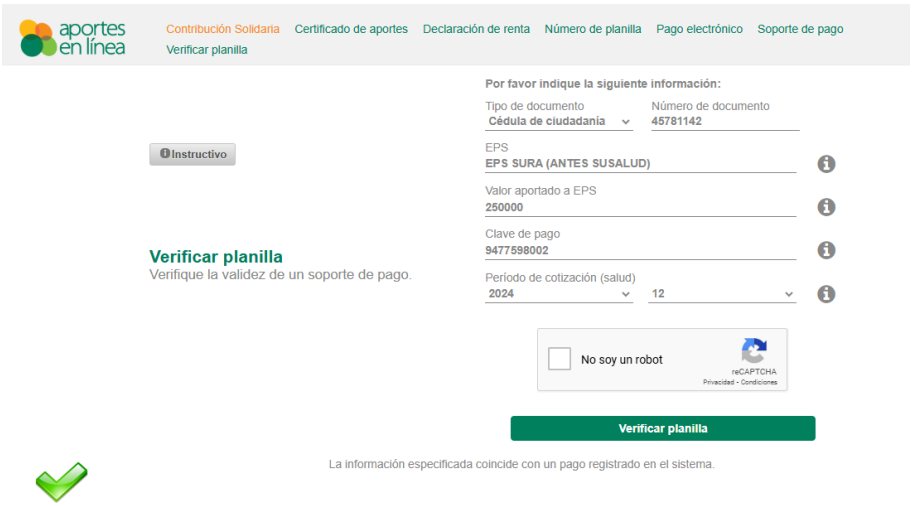
(La sumatoria total de las planillas sin intereses debe ser igual al pago de la seguridad social sobre el 40% del valor del contrato)

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, en el mes de **DICIEMBRE** de **2024.**

OLINDA OÑORO JIMENEZ
FIRMA DEL SUPERVISOR
C.C.: 32.834.196 de Baranoa
VALIDACION PLANILA PAGA

ADRIANA ARRIETA SANCHEZ
FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C.: 45.781.142 de San Juan/ Bolívar



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".