

 SECRETARÍA GENERAL	INFORME DE SUPERVISION DE CONTRATOS PARA PRESTACION DE SERVICIOS – BIENES Y SUMINISTROS	VERSIÓN	001
		FECHA DE APROBACIÓN	2024-01-31

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

Informe de Supervisión No:	1
Contrato No:	202401761

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

Contratista:	ALEXIS ALFONSO MERIÑO LECHUGA		
Identificación:	1048212224		
Tipo de Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
Nombre del Supervisor:	OLINDA OÑORO JIMÉNEZ		
Objeto del Contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS APOYO A LA GESTION PARA COMPLEMENTAR LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN,PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO 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 CUATRO (4) MESES, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.		
Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	202400779	Fecha de C.D.P.	2024/04/01
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	202404512	Fecha del R.P.	2024/08/28
Valor del Contrato	Contrato Inicial	\$ 12.000.000	
	Adición 1	\$	
	Adición 2	\$	
	Adición 3	\$	
	Total	\$ 12.000.000	
Fecha de inicio del contrato	Fecha de terminación del contrato	Fecha de Suspensión del contrato	Fecha de reinicio
28/08/2024	27/12/2024		

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		

 SECRETARÍA GENERAL	INFORME DE SUPERVISION DE CONTRATOS PARA PRESTACION DE SERVICIOS – BIENES Y SUMINISTROS	VERSIÓN	001
		FECHA DE APROBACIÓN	2024-01-31

			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		\$ 12.000.000
Adición No. 1		\$
Adición No. 2		\$
Adición No. 3		\$
Valor Total del contrato		\$ 12.000.000
Porcentaje del Anticipo	%	\$
Porcentaje del Pago anticipado	%	\$
Valor Amortizado del Anticipo		\$
Valor Ejecutado del Contrato		\$ 3.000.000
Valor por ejecutar		\$ 9.000.000
Valor a pagar en el presente Informe		\$ 3.000.0000
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 28 de AGOSTO al 27 de SEPTIEMBRE del 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
1-Desarrollar las visitas de seguimiento al 100% de los casos de Tuberculosis Resistente (TB/MDR), con el fin de garantizar la adherencia al tratamiento, como apoyo a la identificación de pacientes inasistentes y no adherentes al tratamiento	Se realizaron 03 visitas de manera presencial en los municipios de Piojó, Baranoa y Polonuevo Atlántico. Se priorizalas personas afectadas no adherentes al tratamiento a fin de minimizar las pérdidas.1-PVTB Petrona Jiménez de Castro 2-PVTB Oiden Orozco Blanco3-PVTB Wilmer Giraldo Alzate
2- Realizar procesos educativos a los pacientes diagnosticados y los contactos, con el fin de fomentar el autocuidado en las etapas de atención, identificar Sintomáticos Respiratorio.	Se realiza educación en salud en las personas afectadas, así como los contactos y cuidadores de éstos. Se realiza dinámica de identificación de SR.

 SECRETARÍA GENERAL	INFORME DE SUPERVISION DE CONTRATOS PARA PRESTACION DE SERVICIOS – BIENES Y SUMINISTROS	VERSIÓN	001
		FECHA DE APROBACIÓN	2024-01-31

3- Derivar a las IPS y ESE hacer seguimiento a los contactos TBFR SR y menores de 5 años identificados durante la visita.	Durante el período ejecutado, se derivan contactos de personas afectadas a su Institución de atención primaria, así como el estricto seguimiento en articulación con las entidades locales para la atención prioritaria de pacientes en tratamiento.
4- Dar información semanal para mantener actualizada la base de datos de contactos de pacientes con TBFR	23/09/2024 Se asiste a reunión con equipo departamental para socializar información en casos activos y / o en riesgo de pérdida en el seguimiento.
5- Apoyar la gestión administrativa en la entrega de medicamentos de segunda línea	10 y 18 de Septiembre de 2024 Se apoya en la entrega de tratamiento a funcionarios de instituciones de acuerdo a tarjeta individual de personas afectadas.
6- Mantener actualizada la tarjeta individual de todos los casos de tuberculosis farmacorresistente que ingresen al programa, para el envío respectivo a nivel nacional	Se realiza acompañamiento y seguimiento a las jefes de enfermería de las distintas instituciones con casos activos, a fin de minimizar el riesgo de pérdida en el seguimiento de tratamiento de estas personas afectadas.
7- Apoyar la operatividad al CERCET en los casos TBFR	No se realiza esta actividad durante el período ejecutado.
8- Participar en las unidades de análisis en los casos de TBFR y mortalidad por TBFR	No se realiza esta actividad durante el período ejecutado
9- Apoyar en el seguimiento de los casos con TBFR en riesgo o en pérdida para lograr la adherencia al tratamiento.	Se asiste de manera presencial en los domicilios de las personas afectadas durante el período ejecutado.
10- Entregar mensual informe de actividades de avance e indicadores del programa TBFR de acuerdo a los términos de referencia	Se presenta el informe a Referente del Programa para su validación y Vo. Bo. Se registran actividades, período de 28 de agosto de 2024 a 27 de septiembre de 2024.
11- Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor con relación a su objeto contractual	04/09/2024 Capacitación PPD, Participante. Durante la actividad se actualizaron conceptos en cuanto al criterio diagnóstico para TB, específicamente en prueba cutánea PPD, la cual es de gran importancia para el diagnóstico de la infección de tuberculosis (TB) silenciosa (latente), ya que con ella se estima que pueden llegarse a minimizar el número de casos activos. La Prueba Tuberculínica o PPD (Derivado Proteico Purificado) es un precipitado que se obtiene del medio de cultivo sintético de Mycobacterium tuberculosis destruido por el calor y eliminado por filtración.

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

 SECRETARÍA GENERAL	INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS PARA PRESTACION DE SERVICIOS – BIENES Y SUMINISTROS	VERSIÓN	001
		FECHA DE APROBACIÓN	2024-01-31

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.

- Seguimiento financiero y presupuestal del contrato.
- Conformación, actualización y seguimiento del expediente con la documentación relacionada con la ejecución del contrato.
- Verificación del pago de Estampillas
- Verificación de la vigencia de la garantía exigida en el contrato.
- Verificación y aprobación de los soportes necesarios para el pago.
- Expedición de la certificación del recibo a satisfacción correspondiente al periodo descrito, de conformidad con el servicio recibido.
- 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 (*)

<u>Número de la Cuenta de Cobro</u>	<u>Número de la Planilla</u>	<u>Fecha de Pago Planilla</u>	<u>Valor Total de la Planilla (sin intereses)</u>
1	9474277592	01/10/2024	\$ 40.300
	<u>SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS</u>		\$ 40.300

(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 11 día del mes de octubre de 2024.


FIRMA DEL SUPERVISOR
C.C.: 32.834.196 de Baranoa


CONTRATISTA – ALEXIS MERIÑO LECHUGA
C.C.: 1.048.212.224 de Baranoa Atlántico

 SECRETARÍA GENERAL	INFORME DE SUPERVISION DE CONTRATOS PARA PRESTACION DE SERVICIOS – BIENES Y SUMINISTROS	VERSIÓN	001
		FECHA DE APROBACIÓN	2024-01-31

VALIDACIÓN PLANILLA DE PAGO - ALEXIS ALFONSO MERIÑO LECHUGA



Contribución Solidaria
Verificar planilla

Certificado de aportes

Declaración de renta

Número de planilla

Pago electrónico

Soporte de pago

 Instructivo

Verificar planilla

Verifique la validez de un soporte de pago.

Por favor indique la siguiente información:

Tipo de documento
Cédula de ciudadanía  Número de documento
1048212224

EPS
NUEVA E.P.S. 

Valor aportado a EPS
16300 

Clave de pago
9474277592 

Periodo de cotización (salud)
2024  **08**  

 No soy un robot



Verificar planilla



La información especificada coincide con un pago registrado en el sistema.



CERTIFICACIÓN

Yo, **TERESITA MARIA MASTRODOMENICO MEDINA**, identificado con cedula de ciudadanía N° 22.637.194 de Sabanalarga, en mi calidad de referente del programa de Tuberculosis, certifico el cumplimiento de las actividades que le fueron asignadas por parte del supervisor, al (a) señor (a) **ALEXIS ALFONSO MERIÑO LECHUGA**, identificada con cedula de ciudadanía N° **1.048.212.224**, suscritas en el contrato N° **202401761** 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 28 de agosto al 27 de septiembre de 2024.

La presente certificación se expide el cuatro (4) de octubre del 2024.

Cordialmente

TERESITA MARIA MASTRODOMENICO MEDINA

Referente Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI



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 GESTIÓN 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 digital¹ 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

"ARTÍCULO 28. ATRIBUTOS JURÍDICOS 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.

PARÁGRAFO. El uso de una firma digital tendrá la misma fuerza y efectos que el uso de una firma manuscrita, si aquella 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".