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

Informe de Supervisión No:	1
Contrato No:	202401930

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

Contratista:	ROCÍO DE JESÚS FLÓREZ CHAMORRO		
Identificación:	32672236		
Tipo de Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES		
Nombre del Supervisor:	OLINDA OÑORO JIMÉNEZ		
Objeto del Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES EMERGENTES, REMERGENTES Y DESATENDIDAS - TUBERCULOSIS, MEDIANTE LAS ACCIONES QUE LLEVA A CABO LA SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA EN LOS 22 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.		
Plazo de Ejecución:	*El plazo para la ejecución del contrato será de TRES (3) MESES, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento.*		
Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	202402297	*Fecha de C.D.P.*	2024/08/21
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	202405150	***Fecha del R.P.***	2024/09/20

Valor del Contrato	***Contrato Inicial***	*$ 15.000.000*
	Adición 1	*$*
	Adición 2	*$*
	Adición 3	*$*
	Total	*$ 15.000.000*

Fecha de inicio del contrato	***Fecha de terminación del contrato***	***Fecha de Suspensión del contrato***	***Fecha de reinicio***
2024-09-20	*2024-12-31*		

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		***$15.000.000***
Adición No. 1		***$***
Adición No. 2		***$***
Adición No. 3		***$***
Valor Total del contrato		***$15.000.000***
Porcentaje del Anticipo	***%***	***$***
Porcentaje del Pago anticipado	***%***	***$***
Valor Amortizado del Anticipo		***$***
Valor Ejecutado del Contrato		***$ 3.000.000***
Valor por ejecutar		***$ 12.000.00***
Valor a pagar en el presente Informe		***$ 3.000.000***
No. Factura o Cuenta de Cobro		***Uno (1)***

4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO

4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 20 AL 30 DE SEPTIEMBRE 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.	*Realizó asistencia técnica en la IPS de atención integral de manera nominal en las personas afectadas por tuberculosis activa viviendo con VIH y en las personas viviendo con VIH con tratamiento para la infección tuberculosa latente.* *Dos (2) casos coinfección tuberculosis/VIH, en las siguientes IPS:* *20/09/2024. Un (1) caso tuberculosis sensible/VIH/ERC en el ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR DE MALAMBO BATALLON INGENIEROS 2, quien ingreso al Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis* *23/09/2024. Un (1) caso coinfección tuberculosis sensible /VIH en la IPS CLÍNICA DE LA COSTA quien ingreso al Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. A la fecha aún se encuentra en estancia hospitalaria.*

	23/09/2024. Un caso coinfección tuberculosis sensible /VIH en la IPS QUIMIOSALUD, documentado para el ingreso al Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis *Cinco (5) personas viviendo con VIH para el establecimiento de la terapia preventiva para la infección latente por tuberculosis* *20 y 23/09//2024. Tres (3) PVV en la IPS QUIMIOSALUD, quienes ingresaron al Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis* *27 /09/2024. Dos (2) PVV en la IPS VITAL SALUD DEL CARIBE, documentados para inicio de la terapia*
Velar por la implementación de todas las acciones del plan colaborativo TB/VIH en la red departamental.	*Actividad no asignada en el periodo*

Mantener actualizada la información de asesoría y prueba voluntaria para VIH, tratamiento antirretroviral de pacientes que ingresan al programa tuberculosis.

Actualizó la información sobre las personas afectadas por tuberculosis quienes ingresaron al programa tuberculosis en el Departamento del Atlántico del mes de septiembre 2024, para el logro de la información sobre VIH, la realización de la prueba de VIH, el numero resultado prueba negativa, positiva, VIH previo y personas con TB pendiente resultado prueba de VIH.

PVTB SENSIBLE DPTO DEL ATLCO	***INDICADOR***		***COHORTE***			
29	***Información brindada sobre VIH a las PVTB***	***Se realizó la prueba***	***VIH (-)***	***VIH (+)***	***VIH Previo***	***Pendiente por reporte resultado VIH***
	26	*26*				
	89,6%		*22*	*1*	*3*	*3*
Cumplimiento			*76%*	*4%*	*10%*	*10%*

Apoyar y participar en las unidades de análisis de casos de mortalidad por tuberculosis/VIH.	*Actividad que debe ser programada por parte Vigilancia en Salud Pública*
Derivación de casos de otros departamentos y seguimiento a la remisión de los mismos	*25/09/2024. Un (1) caso tuberculosis sensible procedente del distrito turístico, cultural e histórico Santa Marta – Magdalena.* *27/09/2024. Un (1) caso coinfección tuberculosis sensible/VIH procedente de Riohacha – La Guajira.*

Apoyo en la revisión de requisitos de solicitud de medicamentos y autorización de los mismos.

En cumplimiento del Numeral 3.3.3 Artículo 3 Responsabilidades y participación de los agentes del sistema de salud en el programa nacional de tuberculosis de la Resolución 0000227 del 20 de febrero 2020, expedida por el MSPS, Se garantiza el tratamiento antiTB, con la autorización de esquemas de tratamiento de la fase intensiva y de continuación a las personas afectadas por tuberculosis sensible, coinfección tuberculosis/VIH y la infección tuberculosa latente en las IPS Complementarias Privadas y/o Publicas, casos 2024 ingresados al PNPCT

Realizo 27 autorizaciones del 20 al 30 de septiembre 2024 (7 días hábiles), dispensados a las siguientes IPS:

FECHA	*INSTITUCION*	*PVTB*
9/20/2024	*Batallón Vergara y Velazco*	*Jonatan Prins Molina*
9/20/2024	*Clínica Porvenir*	*Sostenibilidad del Stock*
9/20/2024	*Clínica De la Costa*	*Jonatan Prins Molina*
9/20/2024	*Cace Alta Complejidad*	*Félix Castro*
9/25/2024	*CACE Sabanalarga*	*Sostenibilidad del Stock*
9/25/2024	*Organización Clínica General del Norte Magisterio*	*Iván Warff Blanco*

9/25/2024	*Quimiosalud*	*Yadira Pizarro de Ávila*
9/25/2024	*Quimiosalud*	*Dayron Valbuena Duarte*
9/25/2024	*Quimiosalud*	*Kelly Badillo de Alba*
9/25/2024	*Quimiosalud*	*Fabian Olivares Cerpa*
9/25/2024	*Clínica la Asunción*	*Libardo Aguilar Mancera*
9/25/2024	*Sura Salud en Casa*	*Fredy González Contreras*
9/25/2024	*Clínica San Ignacio*	*Marylis Beltrán*
9/27/2024	*Clínica Reina Catalina Baranoa*	*Sostenibilidad del Stock*
9/27/2024	*De la Costa*	*Jorge Mario Leguía Vergara*
9/27/2024	*Clínica la Asunción*	*Marelvis Izquierdo Anaya*
9/27/2024	*Clínica de la Costa*	*Maira Castañeda Noriega*
9/27/2024	*Clínica de la Costa*	*Sostenibilidad del Stock*
9/27/2024	*Vital Salud del Caribe*	*Édison Caballero Medina*
9/27/2024	*Vital Salud del Caribe*	*Edilsa Castro Jiménez*
9/27/2024	*Vital Salud del Caribe*	*Yorfelix González None*
9/27/2024	*Hospice Sede 4*	*Tito Acevedo Diaz*
9/30/2024	*Batallón Vergara y Velazco*	*Jonatan Prins Molina*

Actividad realizada mediante el análisis (evolución medica/ historia clínica/ prescripción médica) soportes documentales recibidos al correo tblepra@atlantico.gov.co, de cada una de las personas afectadas por TB y monitoreo el establecimiento de los medicamentos anti fímicos.

Entregar mensual el informe de actividades de avance e indicadores del programa de acuerdo a los términos de referencia.

Búsqueda de Dx B24X en PVTB que fueron ingresados al PNPCT en septiembre 2024 casos procedentes de los municipios del Dpto. del Atlántico en los

INDICADORES	
3/4 Casos coinfección tuberculosis / VIH reciben TAR	
3/4 Casos coinfección tuberculosis / VIH reciben Trimetoprim Sulfa	
1 Caso Novo cuenta con garantía de atención integral y apoyo a los en PVTB con Dx recién Dx VIH (+)	
3/29 casos TB tienen Introducción de los métodos preventivos para VIH para PVTB	
0/4 casos de coinfección tuberculosis / VIH no fueron diagnosticados por TB mediante (cultivo en medio liquido) en PVV	
4/4 fueron diagnosticados de TB (prueba molecular) en PVV	
0 Mortalidad casos coinfección TB/VIH	
Condición de ingreso al programa PVTB/VIH	*4 Nuevo*
	0 Reingreso tras perdida en el seguimiento
	0 Reingreso tras recaída
	0 Remitido

Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor, con relación al objeto contractual.	*20/09/2024. Asistió reunión equipo de trabajo, donde se trató las temáticas:* • *Planeación de las actividades* • *Establecimiento de los días transporte* • *Establecimiento de las responsabilidades (manejo del correo del programa, delegación autorización de medicamentos y las salidas de almacén, asignación de los municipios)* *20/09/2024 Realizó cargue de información del 25 de julio al 30 de septiembre 2024 al sistema de información del Programa Nacional de Control y Prevención de*

	Tuberculosis en el Libro casos de TB y profilaxis sensible 2024

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

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 JIMÉNEZ 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	9475346247+ Certificado Colpensiones	11/10/2024	$ 194.200
2			
3			
4			

(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 30 días del mes de octubre 2024

OLINDA OÑORO JIMENEZ
C.C. 32.834.196 de Baranoa

ROCIO FLOREZ CHAMORRO
C.C. 32672236 de Barranquilla

VALIDACIÓN PLANILLA DE PAGO – ROCÍO DE JESÚS FLÓREZ CHAMORRO



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) **ROCIO DE JESUS FLOREZ CHAMORRO,** identificada con cedula de ciudadanía N° **32672236**, suscritas en el contrato N° **202401930** de 2024, esto con la finalidad de que pueda gestionar su cuenta de cobro de dicho contratocorrespondientes a las realizadas en el periodo del 20 de septiembre al 30 de septiembre de 2024.

La presente certificación se expide el veintitrés (23) de octubre del 2024.

Cordialmente



TERESITA MARIA MASTRODOMENICO MEDINA
Referente Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI

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".