

 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:	3
Contrato No:	202401930

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

Contratista:	ROCIO 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 hasta el (31) de diciembre de 2024, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.												
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	<table border="1"> <tr> <td>Contrato Inicial</td> <td>\$ 15.000.000</td> </tr> <tr> <td>Adición 1</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>Adición 2</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>Adición 3</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>\$ 15.000.000</td> </tr> </table>			Contrato Inicial	\$ 15.000.000	Adición 1	\$	Adición 2	\$	Adición 3	\$	Total	\$ 15.000.000
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		

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

			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		\$ 11.000.000
Valor por ejecutar		\$ 4.000.000
Valor a pagar en el presente Informe		\$ 4.000.000
No. Factura o Cuenta de Cobro		3

4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO

4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 1 AL 30 DE NOVIEMBRE 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.	En cumplimiento de lo establecido en el Capítulo 3, 4, 5 y 6 de la Resolución 000227 del 20/02/2020 del MSPS, realiza 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. Realizó asistencia técnica a: Dos (2) casos coinfección tuberculosis sensible/VIH, en las siguientes IPS: De la Costa sede 2, un caso TB pulmonar sensible/VIH previo del 27 de septiembre 2024, con reporte trastorno de consumo SPA procedente del municipio de Soledad, con inicio de síntomas del 10 de octubre 2024 (DX TB oportuno) quien inicio tratamiento antiTB el 1ro de noviembre 2024. Hasta el momento no recibe TAR Reporte citomegalovirus (+). Si recibe TRIMETROPIM SULFA. Además, cuenta la atención integral desde estancia hospitalaria en le IPS Clínica de la Costa. Salud en Casa • Un caso TB pulmonar sensible/VIH novo procedente del municipio del municipio de Sabanalarga con inicio de síntomas del 4 de octubre 2024 (DX TB oportuno), quien inicio tratamiento antiTB el 18 de noviembre 2024. recibe TAR / TRIMETROPIM SULFA. Se encuentra en el proceso de ingreso a la atención integral. Una (1) persona viviendo con VIH para el establecimiento de la terapia preventiva para la infección latente por tuberculosis: De la Costa sede 1. Documentado para el ingresado Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis el 18 de noviembre 2024, para esquema de 3 meses. Procedente el municipio de Soledad Vital Salud del Caribe, ingresado Programa Nacional de Prevención y Control de la

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

	Tuberculosis el 20 de noviembre 2024, para esquema de 3 meses. Procedente el municipio de Candelaria					
Velar por la implementación de todas las acciones del plan colaborativo TB/VIH en la red departamental.	Actividad no asignada por la referente Programa Tuberculosis, durante este 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 noviembre 2024, para el logro de la información sobre VIH, la realización de la prueba de VIH, el número resultado prueba negativa, positiva, VIH previo y personas con TB pendiente resultado prueba de VIH.						
PVTB SENSIBLE DPTO DEL ATLCO	INDICADOR		COHORTE			
16	Información brindada sobre VIH a las PVTB	Se realizó la prueba	VIH (-)	VIH (+)	VIH Previo	Pendiente por reporte resultado VIH
	15	15				
	93,75%		13	1	1	1
Cumplimiento			81,25%	6,25%	6,25%	6,25%
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, Subsecretaria de Salud Pública Departamento del Atlántico.					
Derivación de casos de otros departamentos y seguimiento a la remisión de los mismos	Georreferenció un (1) caso TB procedente de Santiago de Cali, documentado el 6 de noviembre 2024 por la ESE Hospital de Manatí					
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						
Realizó autorizaciones para dispensación a las IPS Complementarias y de Atención Integral. Actividad realizada mediante el análisis (evolución medica/ historia clínica/ prescripción médica) soportes documentales recibidos al correo tblepra@atlantico.gov.co , (información verificable) 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.						
Realizó búsqueda de Dx B24X en PVTB que fueron ingresados al PNPCT en noviembre 2024 casos procedentes de los municipios del Dpto. del Atlántico en:						
INDICADORES						
0/2 Casos coinfección tuberculosis / VIH reciben TAR						
1/2 Casos coinfección tuberculosis / VIH reciben Trimetoprim Sulfa						
1/1 Caso Novo cuenta con garantía de atención integral y apoyo a los en PVTB con Dx recién Dx VIH (+)						
1/16 casos TB tienen Introducción de los métodos preventivos para VIH para PVTB						
1/2 casos de coinfección tuberculosis / VIH que fueron diagnosticados con TB mediante (cultivo en medio líquido) en PVV						
2/2 fueron diagnosticados de TB (prueba molecular) en PVV						
0 Mortalidad casos coinfección TB/VIH						
Condición de ingreso al programa PVTB/VIH			2 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.	Asistió a las reuniones equipo de trabajo cada viernes del mes.					
	Asistió durante la visita de asistencia técnica del Ministerio de Salud y Protección Social					
	Realizó el cargue de la información al sistema de información del Programa Nacional de Control y Prevención de Tuberculosis en el Libros casos de TB y profilaxis sensible 2023 y 2024 (ingresos/egresos, controles bacteriológicos)					

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

	Asistió a la capacitación de fortalecimiento de los lineamientos técnicos operativos del PNPC y reforzamiento de la socialización de las decisiones de la sección extraordinaria del comité asesor nacional de TB Ministerio de Salud y Protección Social
--	---

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.

- 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.

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 (*)

<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	9475346247+ Certificado Colpensiones	11/10/2024	\$ 194.600.00
2	9476273932 + Certificado Colpensiones	13/11/2024	\$ 194.600.00
3	9477748738 + Certificado Colpensiones	25/11/2024	194.200.00

(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 noviembre 2024

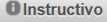

OLINDA OÑORO JIMENEZ
C.C. 32.834.196 de Baranóa


ROCIO FLOREZ CHAMORRO
C.C. 32672236 de Barranquilla

 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



 Instructivo

Verificar planilla
 Verifique la validez de un soporte de pago.

Por favor indique la siguiente información:

Tipo de documento	Número de documento
Cédula de ciudadanía	32672236
EPS	
EPS MUTUAL SER	
Valor aportado a EPS	
162500	
Clave de pago	
9477748738	
Período de cotización (salud)	
2024	11

☐ No soy un robot
 

 reCAPTCHA

 Privacidad - Condiciones

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 Ampliado de Inmunizaciones - PAI, certifico el cumplimiento de las actividades que le fueron asignadas por parte del supervisor, a la señora **ROCIO DE JESUS FLOREZ CHAMORRO**, identificada con cedula de ciudadanía N° **32.672.236**, suscritas en el contrato N° **202401930** 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 1 de noviembre al 30 de noviembre de 2024.

La presente certificación se expide a los treinta (30) días del mes de noviembre 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".