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

Informe de Supervisión No:	1
Contrato No:	202500517

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:	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 diez (10) meses, los cuales serán contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.*		
Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	202500308	**Fecha de C.D.P.**	2025 / 01/ 29
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	202500871	**Fecha del R.P.**	2025 / 02 /19
Valor del Contrato	**Contrato Inicial** $ 50.000.000 **Adición 1** $ **Adición 2** $ **Adición 3** $ **Total** $ 50.000.000		

Fecha de inicio del contrato	Fecha de terminación del contrato	Fecha de Suspensión del contrato	Fecha de reinicio
19/12/2025	18/12/2025		

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		**$ 50.000.000**
Adición No. 1		**$**
Adición No. 2		**$**
Adición No. 3		**$**
Valor Total del contrato		**$ 50.000.000**
Porcentaje del Anticipo	**%**	**$**
Porcentaje del Pago anticipado	**%**	**$**
Valor Amortizado del Anticipo		**$**
Valor Ejecutado del Contrato		**$ 5.000.000**
Valor por ejecutar		**$ 45.000.000**
Valor a pagar en el presente Informe		**$ 5.000.0000**
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 DEL 19 DE FEBRERO AL 18 DE MARZO DEL 2025.

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. Realizar seguimiento a las ESE e IPS, para la adherencia a tratamiento de las personas afectadas por TB así como identificar los pacientes no adherentes y en perdida para el seguimiento a las intervenciones realizadas por los actores.	Se realiza seguimientos a los reportes de pacientes con falta de adherencia al tratamiento antífimico a través del método de llamadas telefónicas, proporcionándole información sobre la importancia de completar el tratamiento para TB. - Se realiza reporte de inadherencia periodo de febrero a marzo en tratamiento anti TB (anexo acta de reporte de inadherencia febrero a marzo 2025)

2. Conformar mesa técnica por área, para el seguimiento a la implementación y fortalecimiento de la estrategia ENGAGE TB en las secretarias de salud municipales del departamento y seguimiento a las EAPB y red prestadora para que se garantice la adherencia al tratamiento antituberculoso de las personas afectadas con TB.	- Se realiza primera reunión de equipo psicosocial para implementación de la estrategia ENGAGE TB en los municipios del Departamento del Atlántico (febrero 26-2025) - Realización del diplomado "Monitoreo Liderado por la comunidad en el seguimiento a la respuesta integral frente al VIH y su comorbilidad con tuberculosis" (febrero 19 a marzo 15 -2025)
3. **Realizar seguimiento individual mensual de casos de la coinfección de TB y VIH y de TB farmacorresistente con riesgo o no adherencia al tratamiento en contextos de vulnerabilidad como habitante de calle, migrantes, consumidores sustancias psicoactivas, entre otros, que genere reuniones mensuales de seguimiento a casos, involucrando equipo psicosocial, aseguradoras, programas sociales existentes en las alcaldías, ONG, u otras, articulando con las Organizaciones de la Sociedad Civil y de personas afectadas, generando plan de articulación con EBS del modelo de APS**	-Se Realizar unidad de análisis de casos para seguimiento de la persona afectada por TB- fallecida para el monitoreo y evaluación a la garantía de atención integral. (Fecha viernes 7 y 14 de marzo-2025) -Se realiza unidad de análisis en garantías de la atención prestada a una persona afectada por TB (fallecida) en el primer trimestre del año 2025 y conocer el seguimiento médico realizado por las instituciones prestadoras de salud: IPS NOVASALUD, EAPB (MUTUAL SER), Hospital Universidad del Norte, Clínica Santana de Dios, y secretaria de Salud Soledad. -Se realiza verificación y autorización de esquemas de tratamientos para TB y TB/VIH. De acuerdo a la resolución *000227 del 20 de febrero 2020 por el Ministerio de Salud y Protección Social*
4. **Talleres dirigidos a profesionales Psicólogos para fortalecimiento de capacidades en el abordaje seguimiento a la adherencia y aplicación de encuesta de riesgo a las personas afectadas por TB.** **Realizar seguimientos a las direcciones locales de salud para monitorear la adopción e implementación de la estrategia Engage TB para el fortalecimiento y la integración de las actividades de bases comunitarias para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento a las personas afectadas por TB.** .	-Realización de formato de presentación en PowerPoint para capacitación de Engage TB de profesionales en psicologia y lideres comunitarios. -Se encuentra en proceso de actualización de datos de lideres comunitarios de los municipios de soledad, Malambo y Sabanalarga para iniciar el proceso de capacitación en ENGAGE TB. (municipio con mayor carga **de** personas afectadas por TB). Se presenta en un Excel con los datos de los lideres
5. Realizar la articulación de actividades del programa de prevención y control de la TB, con el programa de crónicos, nutrición, salud mental, salud infantil, salud sexual y reproductiva	Actividad no asignada en el periodo relacionado
6. **Seguimiento a las ESE e IPS que reportan casos de TB para generar mecanismos para el abordaje psicosocial y de salud mental a personas afectadas por TB articulado con el municipio y la EAPB.**	Se realizan visitas a las asistencias técnica en el Municipio de Sabanalarga: lunes 17 de marzo-2025 ESE CEMINSA ESE Hospital de Baranoa IPS Centro médico San Juan
7. **Consolidar y analizar las encuestas de riesgo de perdía de seguimiento que diligencian las ESE e IPS del Departamento**.	Se realiza seguimiento a los pacientes de los formatos de adherencia al tratamiento anti-TB de CEMINSA-Sabanalarga.
8. **Establecer estrategias mediadas por TIC para garantizar la administración del tratamiento preventivo y ITBL latente completo de acuerdo a perfil de adherencia de padres y/o cuidadores**	Se encuentra en construcción la estrategia de esta actividad para su desarrollo en el mes de abril 2025 implementado la estrategia a través de procesos de

	telecomunicaciones (medios WhatsApp, llamadas telefónicas y mensajes textos)
9. **Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor del contrato.**	• Se realiza el proceso de dispensación y revisión de los casos para entrega oportuna garantizando el tratamiento antifimico. • Se realiza revisión del correo institucional tblepra@atlantico.go.co de manera diaria con la finalidad de dar respuesta oportuna a las solicitudes de tratamiento antifimico ingresadas por entidades de salud adscritas a los municipios del Departamento del Atlántico. • Se realiza acompañamiento los miércoles y viernes en el horario de 8.00 AM a 2:00 PM para la entrega de medicamento antífimico a las IPS, ESE municipales y red de salud Departamental solicitantes. • Se realiza revisión de los lineamientos técnicos requeridos para autorizar la dispensación del tratamiento antifimico según *Resolución 000227 del 20 de febrero 2020 por el 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.

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	**9483017544**	**2025/03/11**	**$ 618.800**
	SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS		**$ 618.800**

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

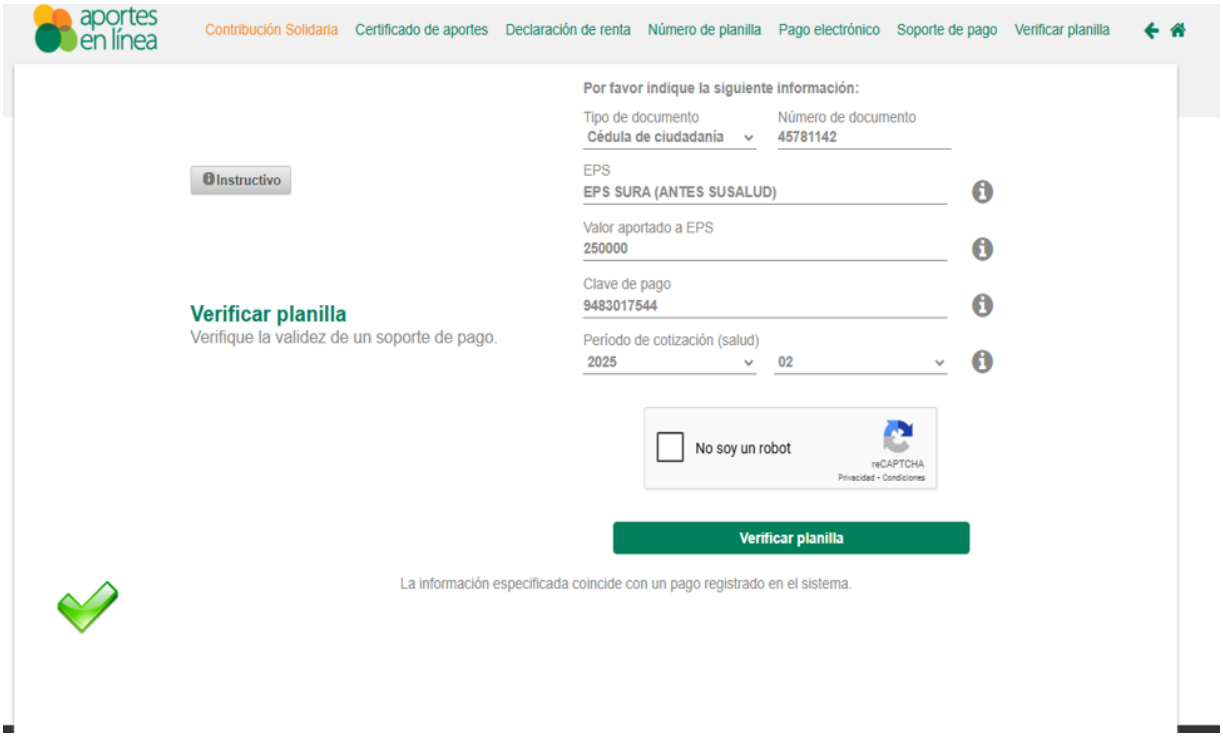
NOTA: Aplica para persona natural. Para persona jurídica, anexar certificación del pago de planillas de Seguridad Social por parte del Representante Legal y/o Revisor Fiscal con los soportes asociados.

Se firma en Barranquilla, a los 24 días del mes de marzo de 2025.

FIRMA DEL SUPERVISOR
C.C.: 32834196 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 de Tuberculosis, 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° **202500517** de 2025, esto con la finalidad de que pueda gestionar su cuenta de cobro de dicho contrato correspondientes a las actividades realizadas en el periodo del 19 de febrero al 18 de marzo de 2025.

La presente certificación se expide a los 20 días del mes de marzo del 2025.

Cordialmente



TERESITA MARIA MASTRODOMENICO MEDINA
Referente Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI

De: Edgardo Efraín Gómez Barros <egomez@atlantico.gov.co>
Enviado: jueves, 13 de marzo de 2025 8:23
Para: Olinda Oñoro Jiménez <oonoro@atlantico.gov.co>
Asunto: RE: UTILIZACION DE FIRMA DIGITAL EN INFORMES DE GESTION SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA

solicitud atendida

EDGARDO E. GOMEZ BARROS
Subsecretario de Contabilidad
SECRETARÍA DE HACIENDA
GOBERNACION DEL ATLANTICO

De: Olinda Oñoro Jiménez <oonoro@atlantico.gov.co>
Enviado: miércoles, 12 de marzo de 2025 17:38
Para: Edgardo Efraín Gómez Barros <egomez@atlantico.gov.co>
Cc: Rosario Paola Hernández Herrera <rhernandez@atlantico.gov.co>; contratacionopssaludpublica@gmail.com <contratacionopssaludpublica@gmail.com>
Asunto: UTILIZACION DE FIRMA DIGITAL EN INFORMES DE GESTION SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA
Barranquilla, 12 de marzo de 2025

Doctor
EDGARDO GÓMEZ BARROS
Subsecretario de Contabilidad
SECRETARÍA DE HACIENDA DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO egomez@atlantico.gov.co

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 misma Subsecretaría de Salud Pública.

Atentamente,

OLINDA OÑORO JIMENEZ
Subsecretaría de Salud Pública
Secretaría de Salud Departamental
Gobernación del Atlántico