| | |
|---|---|
| **Informe de Supervisión No:** | **01** |
| **Contrato No:** | 202401858 |

## 1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contratista:** | ANGELA ROSA TORRES ALFARO | | |
| **Identificación:** | 22656563 | | |
| **Tipo de Contrato:** | Contrato de prestación de servicios | | |
| **Nombre del Supervisor:** | ROSMERY EDITH WEHEDEKING PAEZ | | |
| **Objeto del Contrato:** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA FORTALECER LOS PROCESOS DE HABILITACION DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIGENTE 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 y ejecución. | | |
| **Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)** | 202402307 | **Fecha de C.D.P.** | 2024/08/21 |
| **Número de Registro Presupuestal (R.P.)** | 202405101 | **Fecha del R.P.** | 2024/09/18 |

| **Valor del Contrato** | |
|---|---|
| **Contrato Inicial** | **$ 13.500.000** |
| **Adición 1** | $ |
| **Adición 2** | $ |
| **Adición 3** | $ |
| **Total** | **$ 13.500.000** |

| **Fecha de inicio del contrato** | **Fecha de terminación del contrato** | **Fecha de Suspensión del contrato** | **Fecha de reinicio** |
|---|---|---|---|
| 18/09/2024 | 17/12/2024 | | |

### 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 | | |
| | | | 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** | | **$ 13.500.000** |
| **Adición No. 1** | | **$** |
| **Adición No. 2** | | **$** |
| **Adición No. 3** | | **$** |
| **Valor total del contrato** | | **$ 13.500.000** |
| **Porcentaje del anticipo** | **%** | **$** |
| **Porcentaje del pago anticipado** | **%** | **$** |
| **Valor amortizado del anticipo** | | **$** |
| **Valor ejecutado del contrato** | | **$ 4.500.000** |
| **Valor por ejecutar** | | **$ 9.000.000** |
| **Valor por pagar en el presente informe** | | **$ 4.500.000** |
| **No. factura o cuenta de cobro** | | **01** |

**4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO**

**4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 18 septiembre AL 17 DE octubre 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 verificación del SOGCS de atención en salud del sistema general de seguridad social en salud a la red de prestadores del departamento del Atlántico. | Hacer visitas previas, y reactivación a los prestadores de servicios de salud delAtlántico. |
| Realizar visitas de verificación de IVC a los prestadoresde salud del departamento del Atlántico. | Hacer visitas para atender quejas radicadaen la Secretaría de Salud por la ciudadanía y otros. |
| Elaborar y presentar informes respectivos | Elaborar y presentar informes producto delas visitas previas, de reactivación, y de IVC, asignadas. |
| Asistencia a comités de trabajo de habilitación convocadopor el coordinador del grupo. | Asistir a comités convocados por el coordinador del programa. Se asiste a comités convocados por la subsecretaría de salud. |
| Asistencia a capacitaciones convocado por el coordinador del programa de habilitación. | Charlas virtuales y presenciales |
| Bridar asistencia técnica y asesorías del SOGCS a los prestadores de salud de la red del departamento del Atlántico. | Realizar visitas de asistencia técnica a IPS públicas y privadas. Se realizan visitas de asistencia técnica a varios prestadores del departamento del Atlántico. |

**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.

**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).**

**ROSMERY EDITH WEHEDEKING PAEZ** 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) |
|---|---|---|---|
| 001 | 7937742181 | 2024/09/09 | $771.800 |
| | | | |
| | SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS | | **$771.800** |

**(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, al **4 día** del mes de noviembre de **2024.**

**ROSMERY WEHEDEKING PAEZ**
**C.C. 32772787**
**SUPERVISOR**

**ANGELA ROSA TORRES ALFARO**
**C.C. 22.656.563.**
**Contratista**

RE: USO DE FIRMA DIGITAL PARA INFORMES DE SUPERVISION

Edgardo Efraín Gómez Barros <egomez@atlantico.gov.co>
Mar 9/04/2024 9:52 AM
Para: Rosmery Edith Wehedeking Paez <rwehedeking@atlantico.gov.co>
solicitud atendida

---

**De:** Rosmery Edith Wehedeking Páez <rwehedeking@atlantico.gov.co>
**Enviado:** lunes, 8 de abril de 2024 12:08
**Para:** Edgardo Efraín Gómez Barros <egomez@atlantico.gov.co>
**Asunto:** USO DE FIRMA DIGITAL PARA INFORMES DE SUPERVISION

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 Asesoría y Asistencia en Seguridad Social notifica formalmente el uso de la firma digital en los informes mencionados anteriormente, que se encuentren bajo la supervisión de la Subsecretaria de Asesoría y Asistencia en Seguridad Social del Departamento del Atlántico.

Atentamente.

Gobernación del Atlántico

**Rosmery Wehedeking Paez**
**Subsecretaria de Asesoría y Asistencia en Seguridad Social, Gobernación del Atlántico**
+57 6053307000 | rwehedeking@atlantico.gov.co
Calle 40 # 45 - 46, Barranquilla - Atlántico

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

Al contestar por favor cite:
*20240920000513*
Radicado No.: 20240920000513

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 Asesoría y Asistencia en Seguridad Social 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 electrónica 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 Asesoría y Asistencia en Seguridad Social del Departamento del Atlántico, continuará utilizando la firma digital[1] en los informes de gestión de Supervisión y/o Interventoría que se generarán en la presente vigencia 2024 hasta el mes de diciembre, para los contratistas cuyo supervisor sea la Subsecretaria de Asesoría y Asistencia en Seguridad Social del Departamento del Atlántico.

Atentamente,

**ROSMERY EDITH WEHEDEKING PAEZ**
Subsecretaria de Asesoría y Asistencia en Seguridad Social
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 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 los datos son cambiados, la firma digital es invalidada.*
*5. Está conforme a las reglamentaciones adoptadas por el Gobierno Nacional".*

Gobernación del Atlántico
atlantico.gov.co
Línea Gratuita: 01 8000 915 307