Informe de Supervisión No:	2
Contrato No:	202402146

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

Contratista:	JHON ALEX CASTILLO CERA		
Identificación:	1.045.230.026		
Tipo de Contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS		
Nombre del Supervisor:	OLINDA OÑORO JIMENEZ		
Objeto del Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA ASISTIR Y ACOMPAÑAR LAS ACCIONES DE PREVENCIÓN PRIMARIA, PROMOCIÓN, INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LAS ETV Y ZOONOSIS DENTRO DE LA DIMENSION VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DESARROLLADAS POR LA SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA EN LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO		
Plazo de Ejecución:	El plazo para la ejecución del contrato 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)	20241575	**Fecha de C.D.P.**	2024/06/13
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	202405604	**Fecha del R.P.**	2024/10/08

Valor del Contrato	
Contrato Inicial	$ 6.000.000
Adición 1	$
Adición 2	$
Adición 3	$
Total	$ 6.000.000

Fecha de inicio del contrato	Fecha de terminación del contrato	Fecha de Suspensión del contrato	Fecha de reinicio
2024/10/08	2024/12/31		

1.1 MODIFICACIONES DEL CONTRATO

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)

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		**$6.000.000**
Adición No. 1		**$**
Adición No. 2		**$**
Adición No. 3		**$**
Valor Total del contrato		**$6.000.000**
Porcentaje del Anticipo	**%**	**$**
Porcentaje del Pago anticipado	**%**	**$**
Valor Amortizado del Anticipo		**$**
Valor Ejecutado del Contrato		**$3.900.000**
Valor por ejecutar		**$2.100.000**
Valor a pagar en el presente Informe		**$2.100.000**
No. Factura o Cuenta de Cobro		**2**

4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO

4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 01 AL 30 DE NOVIEMBRE 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**
1.Brindar apoyo en el alistamiento y distribución de insumos, papelería y equipos, la elaboración, revisión y consolidación diaria de inventarios y kardex de los biológicos, insumos y equipos del Programa ETV y Zoonosis.	En este periodo no se realizó esta actividad
2.Brindar apoyo en la ejecución de actividades de educación integral dirigida a la comunidad general, educativa, líderes comunitarios, entre otros, en los factores de riesgo para la prevención de las Zoonosis y las ETV y Tenencia responsable de animales de compañía	En este periodo no se realizó esta actividad
3.Brindar apoyo en la organización y ejecución de las actividades de participación comunitaria que se programen (recolección de inservibles, actividades de educación, comunicación, información, entretenimiento).	En este periodo no se realizó esta actividad
4.Brindar apoyo en la consecución semanal de la notificación de eventos de interés del Programa ETV y Zoonosis, en las Secretarías de Salud Municipales, cuando sea requerido.	En este periodo no se realizó esta actividad

5.Brindar apoyo en la atención integral de peticiones, quejas y reclamos, brotes y/o emergencias inherentes al Programa ETV y Zoonosis	En este periodo no se realizó esta actividad
6.Brindar apoyo en la realización y actualización del diagnóstico sanitario de los sujetos priorizados, en los instrumentos diseñados por la Entidad para tal fin	En este periodo no se realizó esta actividad
7.Brindar apoyo en el levantamiento del diagnóstico de las viviendas, a través de tres visitas, en la primera se establece el objetivo conductual a trabajar y en la cual socializa las respectivas recomendaciones a la comunidad, la segunda es de verificación de cumplimiento y la tercera obedece al seguimiento final para medir el impacto de las primeras dos visitas, las visitas integrales a las viviendas asignadas, tienen como meta mínima 30 viviendas diarias.	Se realizaron 261 visitas a viviendas de inspección para la prevención de riesgo para las ETV en el municipio de Luruaco Y corregimiento de Palma; barrios, Plaza Felipe Rivera y El Carmen Encontrándose: Viviendas renuentes: 0 cerradas 9 y deshabilitada: 1 Albercas Inspeccionadas:89; positivas: 19 peces: 15; tapados:10, Tratadas: 19 Tanques Inspeccionados: 302; positivos: 32; peces: 1 tapados:184; Tratados: 32. Diversos Inspeccionadas: 991; positivas: 2; peces:0 tapados: 577; tratados: 2, Eliminados:5 Llantas Inspeccionadas: 15; positivas: 3, Eliminados:3 Larvicida utilizado 780 GR
8.Brindar apoyo al control de vectores y eliminación de focos cuando se requiera, de acuerdo con los lineamientos señalados por el Programa ETV y Zoonosis.	Se realizó inspección y eliminación en la Institución Educativa Técnico Agropecuario del municipio de Luruaco. Se realizo desratización el barrio Felipe rivera a 40 viviendas
9.Brindar apoyo en la organización y ejecución de las actividades de participación comunitaria que se programen (recolección de inservibles, actividades de educación, comunicación, entrenemiento, información)	En este periodo no se realizó esta actividad
10.Brindar apoyo en la coordinación de actividades a ejecutar con las Secretarías de Salud Municipales y/o IPS y/o EAPB de los municipios del Departamento	En este periodo no se realizó esta actividad
11.Realizar el diligenciento completo y con letra legible de las planillas, formatos y actas que soportan la ejecución de las actividades del Programa ETV y Zoonosis.	Se realizó el diligenciamiento correcto de las planillas de trabajo.
12.Brindar apoyo en la entrega diaria de las planillas que soportan la ejecución de las actividades y los consolidados de las actividades ejecutadas, a los profesionales de apoyo a la coordinación regional del Programa ETV y Zonosis	Se entregaron las planillas que soportan la ejecución de las actividades al supervisor de área
13.Participar en las reuniones convocadas por el Programa ETV y Zoonosis..	En este periodo no se realizó esta actividad.
14.Brindar apoyo en la organización del archivo físico del Programa ETV y Zoonosis, según los lineamientos de gestión documental de la Gobernación	En este periodo no se realizó esta actividad
15.Realizar informe mensual de actividades	Se realiza informe mensual de las actividades realizadas

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 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 (*)**

Número de la Cuenta de Cobro	Número de la Planilla	Fecha de Pago Planilla	Valor Total de la Planilla (sin intereses)
1	81510771	06/11/2024	$402.200
2	8381840594	19/11/2024	$402.200
	SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS		**$804.400**

(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 de 2024.

FIRMA DEL SUPERVISOR
C.C.: 32.834.196 de Baranoa

JHON ALEX CASTILLO

FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C.: 1.045.230.026 de Luruaco

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): JHON ALEX CASTILLO CERA
No. Identificación: CC1045230026
Dirección: CLL 5 N 574
Telefono: 3107330216
Correo: jhonalexcastillocera6@gmail.com
Ciudad: LURUACO
Número de Planilla: 8381840594

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	JHON ALEX CASTILLO CERA
Tipo y número de identificación	CC1045230026
Número de planilla	8381840594
Fecha pago	2024-11-19
Número de autorización pago	42719788
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	noviembre de 2024
Periodo de Cotización Pensión	noviembre de 2024
Número de Administradoras	3
Total Pagado	402200
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-25	Riesgos Profesionales Colmena	31700	1
230301	Porvenir	208000	1
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	162500	1

8381840594

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1045230026
APELLIDOS Y NOMBRES: JHON ALEX CASTILLO CERA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS037	230301	1300000	1300000	1300000	0	162500	0	208000	0	31700	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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".