

 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:	2
Contrato No:	202401653

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

Contratista:	YADIRA ESMERALDA CORONELL MOLINA		
Identificación:	22.617.020		
Tipo de Contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS		
Nombre del Supervisor:	OLINDA OÑORO JIMENEZ		
Objeto del Contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN LA PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES EMERGENTE, REMERGENTES Y DESATENDIDAS LEPRO, MEDIANTE LAS ACCIONES QUE LLEVA A CABO LA SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA EN LOS 22 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO.		
Plazo de Ejecución:	El plazo para la ejecución del contrato será de seis (4) meses, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución		
Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	202400783	Fecha de C.D.P.	01-04-2024
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	202404516	Fecha del R.P.	28-08-2024
Valor del Contrato			
	Contrato Inicial	\$ 16.000.000	
	Adición 1	\$	
	Adición 2	\$	
	Adición 3	\$	
	Total	\$ 16.000.000	
Fecha de inicio del contrato	Fecha de terminación del contrato	Fecha de Suspensión del contrato	Fecha de reinicio
28-08-2024	27-12-2024		

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		\$16.000.000
Adición No. 1		\$
Adición No. 2		\$
Adición No. 3		\$
Valor Total del contrato		\$16.000.000
Porcentaje del Anticipo	%	\$
Porcentaje del Pago anticipado	%	\$
Valor Amortizado del Anticipo		\$
Valor Ejecutado del Contrato		\$8.000.000
Valor por ejecutar		\$8.000.000
Valor a pagar en el presente Informe		\$4.000.000
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 28 DE SEPTIEMBRE AL 27 DE OCTUBRE DEL 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. Empoderar a los afectados por la enfermedad y reforzar su capacidad para participar activamente en el mejoramiento de los servicios de atención a la Enfermedad de Hansen y en la formulación de políticas y estrategias para favorecer la inclusión social de los pacientes.	TEMA: PARTICIPACION Y APOYO A EL REUNION CON FELEHANSEN Y EL DISTRITO DE BARRANAQUILLA LOS DIAS 08 Y 09 DEL MES DE OCTUBRE 2024. OBSERVACIONES: Durante la jornada de conto con la participación de todos los asistentes logrando promover y proteger los derechos de las personas con discapacidad mediante transformaciones en la comunidad, además de promover la inclusión social y rehabilitación de personas afectadas. CONCLUSION: permitir que las personas que pertenecen al programa de Lepra y enfermedad de Hansen, satisfagan sus necesidades básicas creando oportunidades, desarrollar capacidades para promover liderazgo.
2. Diseñar e implementar estrategias para la prevención de la discriminación y el fomento de la inclusión social.	En este mes no se realizó, quedo programado para el próximo mes.

3. Fortalecer la participación de organizaciones de sociedad civil en los espacios de decisiones existentes en los territorios, relacionados con lepra o enfermedad de Hansen.	En este mes no se realizó, quedo programado para el próximo mes.
4. Conformar y fortalecer las redes sociales y comunitarias en enfermedad de Hansen	En este mes no se realizó, quedo programado para el próximo mes.
5. Identificar líderes, asociaciones de pacientes y expacientes y fortalecimiento de sus capacidades.	En este mes no se realizó, quedo programado para el próximo mes.
6.Trabajar estrategias con otros actores, para luchar por la abolición del estigma y la discriminación, así como el fomento de políticas que faciliten la inclusión social de las personas afectadas por enfermedad de Hansen.	En este mes no se realizó, quedo programado para el próximo mes.
7. Hacer el estudio social de las personas afectadas, potencialmente elegibles para subsidios económicos, para que accedan a este, previo cumplimiento de los requisitos establecidos para tal fin.	Se realiza visita domiciliaria a paciente con lepra del municipio de TUBARA, MOLINEROS, REPELON del atlántico para aplicar la ficha socioeconómica y mirar el entorno de su vivienda. DATOS DEL PACIENTE: ANA CRISTINA ESCOBAR RUIZ No. Cedula: 22596026 EPS: MUTUALSER DIRECCION: CALLE 6 # 9-95 FECHA DE INGRESO: 2001 TELEFONO: 3017145167 NUMERO DE CONVIVIENTES: 2 CONVIVIENTE OBSEVACIONES: Durante la visita se evidencio que la vivienda se encuentra en ópticas condiciones. CONCLUSIONES Se continuará con el acompañamiento del paciente durante todo su proceso de tratamiento. DATOS DEL PACIENTE: RAFAEL JULIO PAYARES MANOTAS No. Cedula: 3761161 EPS: COOSALUD DIRECCION: CARRERA 10 # 15-99 FECHA DE INGRESO: 2012 TELEFONO: 3145444574 NUMERO DE CONVIVIENTES: 2 CONVIVIENTE OBSEVACIONES: Durante la visita se evidencio que la vivienda se encuentra en ópticas condiciones. CONCLUSIONES Se continuará con el acompañamiento del paciente durante todo su proceso de tratamiento DATOS DEL PACIENTE: MILDRED DEL ROSARIO PALACIO No. Cedula: 22703505 EPS: NUEVA EPS DIRECCION: CALLE 1 # 5-100 FECHA DE

	INGRESO: 04/06/2017 TELEFONO: 3106389532 NUMERO DE CONVIVIENTES: 5 CONVIVIENTE OBSEVACIONES: Durante la visita se evidencio que la vivienda se encuentra en ópticas condiciones. CONCLUSIONES Se continuará con el acompañamiento del paciente durante todo su proceso de tratamiento.
8.Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor, con relación a su objetivo contractual.	Se realizaron todas las actividades asignadas durante el periodo
9. Entregar mensualmente informe de actividades de avances, de actividades e indicadores de programa de acuerdo a los términos de referencia.	Se entrega informe de actividades correspondiente al periodo que va del 28 de septiembre del 2024 al 27 de octubre de 2024.
10.Realizar seguimiento en las secretarias de salud de los 22 municipios de departamento, a la Implementación de la estrategia de Abogacía, Comunicación y Rehabilitación Basada en la Comunidad.	Se realiza aplicación de la lista de chequeo establecida por el Ministerio de salud y protección social para el seguimiento al programa de la secretaria de salud municipal de • REPELON • CANDELARIA • MANATI • TUBARA • GALAPA Para evaluar los indicadores que establece el programa a nivel nacional, entre los componentes a evaluar están los siguientes (Tercer Trimestre): ✓ Organización y gestión del programa ✓ Diagnostico laboratorio y clínico ✓ Tratamiento y seguimiento integral al paciente ✓ Seguimiento a convivientes ✓ Valoración de la vulnerabilidad ✓ Rehabilitación ✓ Sistemas de información ✓ Monitoreo y evaluación ✓ Compromisos Datos de la visita de asistencia técnica
11.Apoyar a las actividades administrativas del programa de Hansen	SEPTIEMBRE 29, OCTUBRE 28 1 2,3,4,10,11,14,15,16,18,24,25,28 del 2024 Se realiza apoyo administrativo al programa lepra en las instalaciones de la secretaria de salud pública departamental. - actas y actividades a realizar. -actualización de base de datos de pacientes y convivientes del programa lepra, -revisión de listado de base de datos para visita previa de pacientes. -organización de actas de visitas. Atención y respuesta a correos de solicitud de medicamentos.

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).

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 (*)

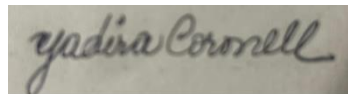
<u>Número de la Cuenta de Cobro</u>	<u>Número de la Planilla</u>	<u>Fecha de Pago Planilla</u>	<u>Valor Total de la Planilla (sin intereses)</u>
1	9473876165	26/09/2024	\$ 495.000
2	9473920536	25/10/2024	\$ 495.000
	<u>SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS</u>		

(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 05 días del mes de noviembre de 2024.


FIRMA DEL SUPERVISOR
C. C 32.834.196 de Baranoa


FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C. 22.617.020 de Soledad

VALIDACION PLANILLA DE PAGO - YADIRA ESMERALDA CORONELL MOLINA



Contribución Solidaria

Certificado de aportes

Declaración de renta

Número de planilla

Pago electrónico

Soporte de pago

Verificar planilla

Instructivo

Verificar planilla

Verifique la validez de un soporte de pago.

Por favor indique la siguiente información:

Tipo de documento

Cédula de ciudadanía

Número de documento

22617020

EPS

NUEVA E.P.S.

Valor aportado a EPS

200000

Clave de pago

9473920536

Período de cotización (salud)

2024

10

☐ 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 **YADIRA ESMERALDA CORONELL MOLINA**, identificada con cedula de ciudadanía N° **22.617.020**, suscritas en el contrato N° **202401653** 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 28 de septiembre al 27 de octubre de 2024.

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