

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

Informe de Supervisión No:	1
Contrato No:	202401973

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

Contratista:	KAREN PATRICIA MARTINEZ FRANCO		
Identificación:	32.842.055		
Tipo de Contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS		
Nombre del Supervisor:	OLINDA OÑORO JIMENEZ		
Objeto del Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LA GESTIÓN QUE BUSCA EL RECONOCIMIENTO DE LAS DIFERENCIAS SOCIALES Y LA APLICACIÓN DE MEDIDAS ENCAMINADAS A LOGRAR LA EQUIDAD EN SALUD, EN FAVOR DE LAS POBLACIONES QUE PRESENTAN MAYOR VULNERABILIDAD EN LOS 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)	202402284	Fecha de C.D.P.	2024 / 08 / 21
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	202405235	Fecha del R.P.	2024 / 09 / 26
Valor del Contrato	Contrato Inicial	\$ 12.000.000	
	Adición 1	\$	
	Adición 2	\$	
	Adición 3	\$	
	Total	\$ 12.000.000	
Fecha de inicio del contrato	Fecha de terminación del contrato	Fecha de Suspensión del contrato	Fecha de reinicio
2024 /09/26	2024 / 12 / 25		

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			Amparos	Vigencia
-------------	--	--	---------	----------

	No de Póliza	Actualización de Póliza (En caso que aplique)		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		\$ 12.000.000
Adición No. 1		\$
Adición No. 2		\$
Adición No. 3		\$
Valor Total del contrato		\$ 12.000.000
Porcentaje del Anticipo	%	\$
Porcentaje del Pago anticipado	%	\$
Valor Amortizado del Anticipo		\$
Valor Ejecutado del Contrato		\$ 4.000.000
Valor por ejecutar		\$ 8.000.000
Valor a pagar en el presente Informe		\$ 4.000.000
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 26 DE SEPTIEMBRE AL 25 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
Brindar asistencia técnica a los 22 municipios del departamento del Atlántico en el seguimiento de las acciones del programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas (PAPSIVI), actores del conflicto armado y grupos étnicos en el departamento del Atlántico.	- Convoque y Organice el seguimiento para la implementación del Papsivi con las Secretarías de Salud. - Convoque y Organice el seguimiento para la implementación del Papsivi con las ESES Municipales. - Convoque y Organice el seguimiento

Realizar asistencias técnicas seguimientos en las secretarías de salud municipales sobre las políticas públicas nacional y departamental LGTBI y su plan de acción en los 22 municipios del Departamento	al Programa de Envejecimiento y Vejez con las Secretarías de Salud. • Convoque y Organice el seguimiento al Programa de Envejecimiento y Vejez con los Centros de Vida. • Convoque y Organice el seguimiento al Programa de LGTBI con las secretarías de Salud Departamental. OCTUBRE/2024
Apoyar en la coordinación y articulación de acciones relacionadas con la construcción en implementación del programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto armado-PAPSIVI.	• Reunión con el Equipo de Atención Integral de las Eses Priorizadas PAPSIVI, Resolución 820. • Organicé y asistí a la socialización de la Resolución 820 con funcionarios de la Secretaría de Salud y ESES Municipales. • Reunión con la profesional enlace entre Departamento-ESE-Ministerio para la construcción del informe Papsivi, con la coordinadora del equipo del municipio de Soledad corte 30 de septiembre. • Asistí a la Psicohigiene programada con los equipos psicosociales de la resolución 1912. OCTUBRE/2024
Brindar apoyo a los procesos de seguimiento, asistencias técnicas, vigilancia, coordinaciones interinstitucional e intersectorial en la dimensión de gestión diferencial y poblaciones vulnerables (Promoción social), en el proyecto de víctimas	
Hacer seguimiento y monitoreo a la sentencia, EDGAR IGNACIO FIERRO FLORES	• Reunión de trabajo T045 OCTUBRE/2024
Organizar el comité intersectorial de víctimas del conflicto armado.	• Organización del comité intersectorial de víctimas del conflicto armado OCTUBRE/2024
Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor, con relación a su objeto contractual.	• Asistir a las reuniones convocadas por la Dra. María Elena. • Realizar Orfeo de documentos y correspondencia • Realizar el archivo de los documentos orfeados. OCTUBRE /2024

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

- 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>
01	9476211799	25/10/2024	\$472,800
	<u>SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS</u>		

(La sumatorio 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 28 días del mes de octubre de 2024.


FIRMA DEL SUPERVISOR
C.C.: 32.834.196 de Baranoa


FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C.: (32.842.055) de (Galapa)

VALIDACIÓN PLANILLA DE PAGO - KAREN PATRICIA MARTINEZ FRANCO

[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

32842055

EPS

EPS SURA (ANTES SUSALUD)

Valor aportado a EPS

200000

Clave de pago

9476211799

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, **MARIA ELENA Menco Polanco**, identificado con cedula de ciudadanía N° 32.657.182, en mi calidad de referente del programa de la dimensión de POBLACION DIFERENCIAL, certifico el cumplimiento a cabalidad de las actividades de la señora **KAREN PATRICIA MARTINEZ FRANCO**, identificado con cedula de ciudadanía No. 32.842.055, suscritas en el contrato N° 202401973 de 2.024, esto con la finalidad de que pueda gestionar sus cuentas de cobro de dicho contrato correspondiente a la realizada del 26 de septiembre al 25 de octubre del 2024.

La presente certificación se expide el veinticinco (25) de octubre del 2024.

Cordialmente

MARIA ELENA Menco Polanco
Convivencia Social y Salud Mental



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".