


| | | |
|--|--|-----------------------------------|
|  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: | 1 |
| Contrato No: | 202402067 |

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|----------------------------------|-------------------|------------------|---------------|-----------|----|-----------|----|-----------|----|-------|---------------|
| Contratista: | IVAN JESUS ZULUAGA DE LEON | | | | | | | | | | | | |
| Identificación: | 8.735.180 | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de Contrato: | PRESTACION DE SERVICIOS | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del Supervisor: | OLINDA OÑORO JIMENEZ | | | | | | | | | | | | |
| Objeto del Contrato: | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, DIAGNOSTICO 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 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) | 202402297 | Fecha de C.D.P. | 2024 / 08 / 21 | | | | | | | | | | |
| Número de Registro Presupuestal (R.P.) | 202405613 | Fecha del R.P. | 2024 / 10 / 08 | | | | | | | | | | |
| Valor del Contrato | <table border="1"> <tr> <td>Contrato Inicial</td> <td>\$ 17.400.000</td> </tr> <tr> <td>Adición 1</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>Adición 2</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>Adición 3</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>\$ 17.400.000</td> </tr> </table> | | | Contrato Inicial | \$ 17.400.000 | Adición 1 | \$ | Adición 2 | \$ | Adición 3 | \$ | Total | \$ 17.400.000 |
| Contrato Inicial | \$ 17.400.000 | | | | | | | | | | | | |
| Adición 1 | \$ | | | | | | | | | | | | |
| Adición 2 | \$ | | | | | | | | | | | | |
| Adición 3 | \$ | | | | | | | | | | | | |
| Total | \$ 17.400.000 | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de inicio del contrato | Fecha de terminación del contrato | Fecha de Suspensión del contrato | Fecha de reinicio | | | | | | | | | | |
| 10/08/2024 | 31/12/2024 | | | | | | | | | | | | |

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 | | |

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

| | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|
| | | | 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 | | \$17.400.000 |
| Adición No. 1 | | \$ |
| Adición No. 2 | | \$ |
| Adición No. 3 | | \$ |
| Valor Total del contrato | | \$17.400.000 |
| Porcentaje del Anticipo | % | \$ |
| Porcentaje del Pago anticipado | % | \$ |
| Valor Amortizado del Anticipo | | \$ |
| Valor Ejecutado del Contrato | | \$ 5.400.000 |
| Valor por ejecutar | | \$ 5.400.000 |
| Valor a pagar en el presente Informe | | \$ 12.000.000 |
| 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 08 DE OCTUBRE AL 31 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 |
| Asegurar que los casos especiales de tuberculosis, incluyendo MDR y XDR, sean evaluados por el Comité de Evaluación de Casos Especiales de Tuberculosis (CERCET), con la participación de al menos una organización de la sociedad civil en este espacio. | Se realizó la primera reunión de CERCET el día 31/10/2024, se presentaron dos casos un caso con TBMDR del municipio de Galapa con TB MDR y un caso del municipio de Malambo Mono H. |
| Ajustar Tratamientos en pacientes TB Resistente y coinfección TB/VIH. | Análisis y recomendaciones de caso especiales: Paciente Hospitalizado, Pedro Vizcaino caso con TB Mono resistente. Paciente Luis Páez, identificado con la CC 1001915556, paciente está recibiendo RHZE además VIH con absceso |

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

| | |
|---|---|
| | <p>cerebral por hongo es de Sabanalarga, no se tienen soporte de pruebas diagnósticas el diagnóstico.</p> <p>ESE CARI Paciente Danilo Rafael Lasso Garcia, identificado con la CC No 1042997293, afiliado a Nueva EPS, con Dx de tuberculosis por cultivo no han iniciado tratamiento.</p> |
| <p>Realizar todas aquellas actividades que se le sean asignadas por parte del supervisor, con relación a su objeto contractual.</p> | <p>Se realizó reunión con el equipo los temas tratados fueron los siguientes:</p> <p>Se inicia la reunión coordinada por la Dra. Teresita Mastrodoménico Referente del programa de TB Departamental quien informa a todo el equipo de TB que se debe dejar evidencia de la asistencia técnica en cada ESE y Secretarías de Salud Municipales, igualmente informa que todas las actividades realizadas deben estar cargadas en el Drive del programa, las cuales serán revisadas para aprobación y visto bueno. De igual forma se establece que las asistencias técnicas son presenciales, no vía telefónica. Se deben realizando las visitas a los municipios para conocer de fuente directa como están los pacientes del programa Departamental de TB.</p> |

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).

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

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 | 73678434 | 09/10/2024 | \$ 990.000 |
| | SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS | | \$ 990.000 |


(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, el 01 de noviembre del **2024**.


OLINDA OÑORO JIMENEZ
FIRMA DEL SUPERVISOR
C.C.: 32.834.196 de Baranoa


IVAN ZULUAGA DE LEON
FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C.: 8.735.180 de Barranquilla

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

VALIDACION PLANILLA PAGA



| Información de la Planilla Pagada | |
|--|----------------------------|
| Nit de comercio Operador de Información | 900089104-5 |
| Razón Social del Operador de Información | Enlace Operativo |
| Descripción | Pago de SuAporte |
| Fecha | 2024-10-09, 06:17:14 AM |
| Periodo de Cotización Otros Riesgos | octubre de 2024 |
| Periodo de Cotización Para Salud | octubre de 2024 |
| Empresa | IVAN JESUS ZULUAGA DE LEON |
| CEDULA CIUDADANIA | CC 8735180 |
| Código Sucursal (Nombre) | () |
| Referencia de Pago/ Número Planilla | 73678434 |
| Tipo de Planilla | I |
| Número Transacción Bancaria/ CUS | 969737790 |
| Banco | (1001) - BANCO DE BOGOTA |
| Valor | \$ 990.000 |
| Estado de la Transacción | Aprobada |
| Dirección IP de Origen | 10.0.19.58 |


| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intereses Mora |
|-----------------------|--------|----------------|------------------|----------------|----------------------|
| N900336004 | 25-14 | COLPENSIONES | 1 | \$ 512.000 | \$ 0 |
| N800088702 | EPS010 | EPS SURA | 1 | \$ 400.000 | \$ 0 |
| N890903790 | 14-11 | ARL SURA | 1 | \$ 78.000 | \$ 0 |
| SubTotales: | | | | \$ 990.000 | \$ 0 |
| Total a Pagar: | | | | | \$ 990.000 |

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 549 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Página 1 de 1

Enlace Operativo no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.



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



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 **IVAN JESUS ZULUAGA DE LEON**, identificado con cedula de ciudadanía N° **8.735.180**, suscritas en el contrato N° **202402067** 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 08 de octubre al 31 de octubre de 2024.

La presente certificación se expide a los veinticinco (25) días del mes de noviembre 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

"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 éstos son cambiados, la firma digital es invalidada.
5. Está conforme a las reglamentaciones adoptadas por el Gobierno Nacional".