Informe de Supervisión No:	8
Contrato No:	202400897

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

Contratista:	YASBLEIDIS LORENA HERRIQUEZ DE LA CRUZ		
Identificación:	1.048.293.228		
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, INS PECCIÓN, 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 ATLÁNTICO.		
Plazo de Ejecución:	El plazo para la ejecución del contrato será por SEIS (6) meses, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución. Prorróguese el plazo del Contrato N° 202400897 hasta el 31 de diciembre de 2024, contados a partir del vencimiento del plazo inicial		
Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	202400890 202401575	**Fecha de C.D.P.**	2024/04/12 2024/06/13
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	202402399 202407553	**Fecha del R.P.**	2024/05/17 2024/11/27

Valor del Contrato	**Contrato Inicial**	$ 13.200.000
	Adición 1	$ 3.200.000
	Adición 2	$
	Adición 3	$
	Total	$ 16.400.000

Fecha de inicio del contrato	Fecha de terminación del contrato	Fecha de Suspensión del contrato	Fecha de reinicio
2024/05/17	2024/12/31		

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
1.048.293.228	2024/11/15	Hasta el 31 de diciembre del 2024	$ 3.200.000	

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		**$ 13.200.000**
Adición No. 1		**$ 3.200.000**
Adición No. 2		**$**
Adición No. 3		**$**
Valor Total del contrato		**$ 16.400.000**
Porcentaje del Anticipo	**%**	**$**
Porcentaje del Pago anticipado	**%**	**$**
Valor Amortizado del Anticipo		**$**
Valor Ejecutado del Contrato		**$16.400.000**
Valor por ejecutar		**$ 0**
Valor a pagar en el presente Informe		**$ 2.200.000**
No. Factura o Cuenta de Cobro		**8**

4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO

4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 01 DE DICIEMBRE AL 31 DE DICIEMBRE 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**
Brindar apoyo en la adaptación y cumplimiento de las actividades y/o acciones definidas por el Programa ETV y Zoonosis, en cumplimiento de los lineamientos nacionales	Se adoptó y se cumplió el manual de actividades y/o acciones de ETV que ha sido diseñado por la Secretaría de Salud del Departamento del Atlántico en el municipio de **Santo Tomás.**
Brindar apoyo en la realización y actualización del diagnóstico sanitario en losinstrumentos diseñados por la Entidad para tal fin.	En este periodo no se programó esta actividad.
Brindar apoyo en el levantamiento deldiagnóstico de las viviendas, a través deuna primera visita, que establecerá el objetivo conductual a trabajar y en la cual socializa las respectivas recomendaciones a la comunidad.	En este periodo no se programó esta actividad

Brindar apoyo en realización de la segunda visita a las viviendas, la cual corresponde a la verificación del cumplimiento de las recomendaciones socializadas en la primera visita y de ser necesario implementar nuevamente la estrategia de educación dirigida a la familia.	En este periodo no se programó esta actividad
Brindar apoyo en la realización de la última visita de seguimiento y medir el impacto quehaya obtenido en la familia según los objetivos establecidos para beneficio de ésta	En este periodo no se programó esta actividad
Brindar apoyo en la realización de visitas integrales a las viviendas asignadas, conuna meta mínima de 30 viviendas diarias, efectuando las actividades del control de losriesgos ambientales y de vectores de acuerdo con los lineamientos nacionales socializados por el Programa ETV y Zoonosis.	Se apoyó en la realización de visitas integrales para la prevención de factores de riesgo para las ETV en establecimientos especiales, en el municipio de Santo Tomas, en los barrios: **Roble Amarillo, Ciénaga, El Carmen San José Alfonso López, Cristo Rey**. Encontrándose: **Tanques** Inspeccionados: 4; Tapados: 3. **Diversos** Inspeccionados: 969; Tapados: 2. Se participó en la recolección de peces para implementar estrategia de control en el municipio de Santo Tomas.
Brindar apoyo al control y eliminación de focos cuando se requiera, de acuerdo con los lineamientos señalados por el Programa ETV y Zoonosis.	Se realizaron socializaciones sobre la prevención del Dengue, Chikungunya y Zikavirus, relacionadas con los riesgos ambientales en los entornos especiales en los barrios (**Roble Amarillo, Ciénaga, El Carmen San José Alfonso López, Cristo Rey**.
Brindar apoyo en el control de vectores en el departamento, de acuerdo con los lineamientos trazados por el Programa.	En este periodo no se programó esta actividad
Brindar apoyo en la organización yejecución de las actividades de participación comunitaria que se programen (recolección de inservibles, actividades de eduentretenimiento).	En este periodo no se programó esta actividad.
Realizar el diligenciamiento completo y con letra legible de las planillas, formatos y actas que soportan la ejecución de las actividades del Programa ETV y Zoonosis.	Diariamente se diligencian completamente y con letra legible los formatos utilizados en las visitas domiciliarias de inspección durante la jornada laboral.
Brindar apoyo en la entrega diaria de las planillas que soportan la ejecución de las actividades, a los profesionales de apoyo a la coordinación regional del Programa ETV y Zoonosis.	Se entregaron las planillas diligenciadas, sin tachaduras ni enmendaduras
Participar en las reuniones convocadas por el Programa ETV y Zoonosis.	Se participó en la reunión realizada por el coordinador de terreno sobre la inspección y diligenciamiento de formatos para visitas a los entornos especiales.

Brindar apoyo en la organización del archivofísico del Programa ETV y Zoonosis, según los lineamientos de gestión documental dela Gobernación.	En este periodo no se programó esta actividad.
Desarrollar todas aquellas subactividades que se deriven o sean necesarias para cumplir con las actividades específicas principales, que le sean asignadas por el supervisor del contrato.	En este periodo no se programó esta actividad.
Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor del contrato	Se realizó informe mensual de actividades, enviándoselas al supervisor por correo electrónico.

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).

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	9466889367	2024/05/08	$284,100
	9468734748	2024/06/25	$24,300
2	9468734606	2024/07/19	$402,200
3	9470268332	2024/08/13	$402,200
4	9471628715	2024/09/10	$402,200

5	9474020947	2024/10/15	$402,200
6	9476043737	2025/03/25	$402,200
7	9477641410	2025/03/27	$402,200
8	9479243215	2025/04/23	$402,200
	SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS		**$ 3.123.800**

(La sumatoria total de las planillas sin intereses debe ser igual al pago de la seguridad social sobre el 40% del valor del contrato)

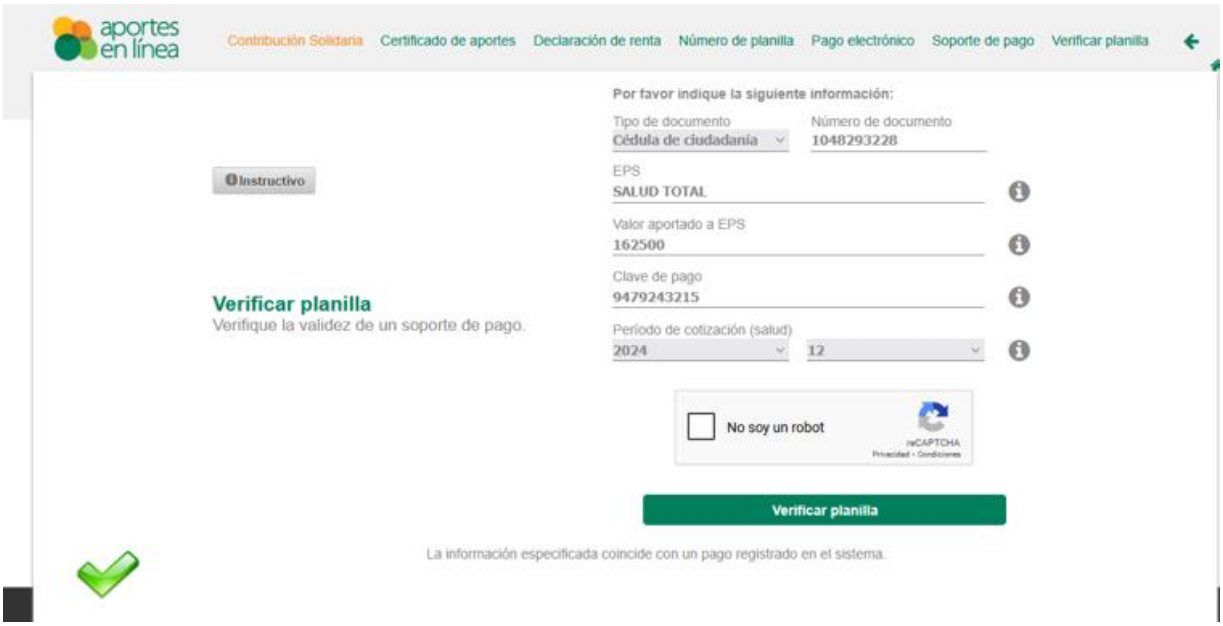
NOTA: Aplica para persona natural. Para persona jurídica, anexar certificación del pago de planillas de Seguridad Social por parte del Representante Legal y/o Revisor Fiscal con los soportes asociados.

Se firma en Barranquilla, a los 02 días del mes de mayo de 2025.

FIRMA DEL SUPERVISOR
C.C.: 32.834.196 de Baranoa

FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C.: 1.048.327.022 de Malambo

VALIDACIÓN PLANILLA DE PAGO – YASBLEIDIS LORENA HERRIQUEZ DE LA CRUZ



GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

CERTIFICADO

EL QUE SUSCRIBE- REFERENTE PROGRAMA ETV Y ZOONOSIS
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DEPARTAMENTAL
SECRETARÍA DE SALUD
EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO
NIT: 890.102.006 - 1

CERTIFICA

Que la Sra. (Sr.) **YASBLEIDIS LORENA HERRIQUEZ DE LA CRUZ**, identificada(o) con la C.C No 1048293228**,** realizó en el periodo comprendido del 01 al 31 de diciembre del 2024, de acuerdo al objeto del contrato de prestación de servicios No 202400897; 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 ATLÁNTICO, en el Programa ETV y Zoonosis, las actividades que relaciona en el informe del mencionado periodo.

En constancia de lo anterior se firma el 02 de mayo del 2025.

Cordialmente,

ELIANA BOLAÑOS BOLAÑOS
Referente Programa ETV y Zoonosis
Profesional Universitario

De: Edgardo Efraín Gómez Barros <egomez@atlantico.gov.co>
Enviado: jueves, 13 de marzo de 2025 8:23
Para: Olinda Oñoro Jiménez <oonoro@atlantico.gov.co>
Asunto: RE: UTILIZACION DE FIRMA DIGITAL EN INFORMES DE GESTION SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA

solicitud atendida

EDGARDO E. GOMEZ BARROS
Subsecretario de Contabilidad
SECRETARÍA DE HACIENDA
GOBERNACION DEL ATLANTICO

De: Olinda Oñoro Jiménez <oonoro@atlantico.gov.co>
Enviado: miércoles, 12 de marzo de 2025 17:38
Para: Edgardo Efraín Gómez Barros <egomez@atlantico.gov.co>
Cc: Rosario Paola Hernández Herrera <rhernandez@atlantico.gov.co>; contratacionopssaludpublica@gmail.com <contratacionopssaludpublica@gmail.com>
Asunto: UTILIZACION DE FIRMA DIGITAL EN INFORMES DE GESTION SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA
Barranquilla, 12 de marzo de 2025

Doctor
EDGARDO GÓMEZ BARROS
Subsecretario de Contabilidad
SECRETARÍA DE HACIENDA DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO egomez@atlantico.gov.co

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 misma Subsecretaría de Salud Pública.

Atentamente,

OLINDA OÑORO JIMENEZ
Subsecretaría de Salud Pública
Secretaría de Salud Departamental
Gobernación del Atlántico