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

*Nota: (Diligenciar los cuadros con la información del contrato y acta de inicio)*

Informe de Supervisión No:	1
Contrato No:	202402774

**1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO**

Contratista:	LIZETH PAOLA DEFORD RODRIGUEZ		
Identificación:	1143447974		
Tipo de Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
Nombre del Supervisor:	OLINDA OÑORO JIMÉNEZ		
Objeto del Contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS APOYO A LA GESTION PARA COMPLEMENTAR LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES EMERGENTES REMERGENTES Y DESATENDIDAS TUBERCULOSIS, MEDIANTE LAS ACCIONES QUE LLEVA A CABO LA SUBSECRETARÍA DE SALUD PUBLICA EN LOS 22 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO.		
Plazo de Ejecución:	<i>El plazo para la ejecución del contrato será de un MES (1), contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.</i>		
Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	202402298	Fecha de C.D.P.	2024/08/21
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	202407758	Fecha del R.P.	2024/11/29
Valor del Contrato	Contrato Inicial	\$ 4.000.000	
	Adición 1	\$	
	Adición 2	\$	
	Adición 3	\$	
	Total	\$ 4.000.000	
Fecha de inicio del contrato	Fecha de terminación del contrato	Fecha de Suspensión del contrato	Fecha de reinicio
29/11/2024	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		

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

			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	\$ 4.000.000
Adición No. 1	\$
Adición No. 2	\$
Adición No. 3	\$
Valor Total del contrato	\$ 4.000.000
Porcentaje del Anticipo	%
Porcentaje del Pago anticipado	%
Valor Amortizado del Anticipo	\$
Valor Ejecutado del Contrato	\$ 4.000.000
Valor por ejecutar	\$ 0
Valor a pagar en el presente Informe	\$ 4.000.0000
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 MES 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
1-Desarrollar las visitas de seguimiento al 100% de los casos de Tuberculosis Resistente (TB/MDR), con el fin de garantizar la adherencia al tratamiento, como apoyo ala identificación de pacientes inasistentes y no adherentes al tratamiento	Se realizará 15 visitas de manera presencial en los 22 municipios.  Se priorizará personas afectadas no adherentes al tratamiento a fin de minimizar las pérdidas
2- Realizar procesos educativos a los pacientes diagnosticados y los contactos, con el fin de fomentar el autocuidado en las etapas de atención, identificar Sintomáticos Respiratorio.	Se realizará educación en salud en las personas afectadas, así como los contactos y cuidadores de éstos. Se realiza dinámica de identificación de SR.

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

3- Derivar a las IPS y ESE hacer seguimiento a los contactos TBFR SR y menores de 5 años identificados durante la visita.	Durante el período a ejecutar, se derivarán contactos de personas afectadas a su Institución de atención primaria, así como el estricto seguimiento en articulación con las entidades locales para la atención prioritaria de pacientes en tratamiento.
4- Dar información semanal para mantener actualizada la base de datos de contactos de pacientes con TBFR	Se brindará información semanal a la base con el objetivo de tener actualizados los contactos.
5- Apoyar la gestión administrativa en la entrega de medicamentos de segunda línea	Se realizará apoyo en la entrega de tratamiento a funcionarios de instituciones de acuerdo a tarjeta individual de personas afectadas.
6- Mantener actualizada la tarjeta individual de todos los casos de tuberculosis farmacorresistente que ingresen al programa, para el envío respectivo a nivel nacional	Se realizará acompañamiento y seguimiento a las jefes de enfermería de las distintas instituciones con casos activos, a fin de minimizar el riesgo de pérdida en el seguimiento de tratamiento de estas personas afectadas.
7- Apoyar la operatividad al CERCET en los casos TBFR	No se realiza esta actividad durante el período ejecutado.
8- Participar en las unidades de análisis en los casos de TBFR y mortalidad por TBFR	No se realiza esta actividad durante el período ejecutado
9- Apoyar en el seguimiento de los casos con TBFR en riesgo o en pérdida para lograr la adherencia al tratamiento.	Se realizan visitas de manera presencial en los domicilios de las pacientes afectadas durante el período ejecutado.
10- Entregar mensual informe de actividades de avance e indicadores del programa TBFR de acuerdo a los términos de referencia	Se presentará el informe a Referente del Programa para su validación y Vo. Bo. Se registran actividades, de diciembre de 2024.
11- Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor con relación a su objeto contractual	Se realizarán las diferentes actividades que el referente asigne

**NOTA:** Se relacionan las actividades realizadas por el contratista durante el plazo de ejecución del contrato.

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

**1. 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)*

**2. 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.

**3. 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.

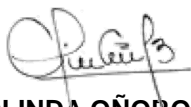
**7.1 ANEXO CONTROL DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL (\*)**

<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	9479229636	2024/12/20	\$ 495.000
	<u>SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS</u>		\$495.000

**(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, en el mes de diciembre de 2024.




**OLINDA OÑORO JIMENEZ**  
C.C.: 32.834.196 de Baranoa  
SUPERVISOR



**LIZETH PAOLA DEFORD RODRIGUEZ**  
C.C.: 1.143.447.974 de Barranquilla- Atlántico  
CONTRATISTA

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

## VALIDACION PLANILLA PAGA



[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	Número de documento
Cédula de ciudadanía	1143447974
EPS	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	
Valor aportado a EPS	
200000	
Clave de pago	
9479229636	
Periodo de cotización (salud)	
2024	12

No soy un robot
 
 reCAPTCHA  
 Privacidad - Condiciones

**Verificar planilla**



La información especificada coincide con un pago registrado en el sistema.



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](mailto:subsecretariadesaludatlantico@gmail.com) <[subsecretariadesaludatlantico@gmail.com](mailto: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](mailto: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](mailto: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<sup>1</sup> 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

<sup>1</sup> 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".