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

Informe de Supervisión No:	3
Contrato No:	202401844

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

Contratista:	RICARDO ÁVILA DE LA HOZ		
Identificación:	72170573		
Tipo de Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
Nombre del Supervisor:	OLINDA OÑORO JIMENEZ		
Objeto del Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA FORTALECER LAS ACCIONES DE IVC DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS NATURALES EN LOS 22 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.		
Plazo de Ejecución:	El plazo para la ejecución 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)	202402288	**Fecha de C.D.P.**	2024/08/14
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	202405098	**Fecha del R.P.**	2024/09/18

Valor del Contrato	Contrato Inicial	$ 18.000.000
	Adición 1	$
	Adición 2	$
	Adición 3	$
	Total	$ 18.000.000

Fecha de inicio del contrato	Fecha de terminación del contrato	Fecha de Suspensión del contrato	Fecha de reinicio
18/09/2024	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		
			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		**$ 18.000.000**
Adición No. 1		**$**
Adición No. 2		**$**
Adición No. 3		**$**
Valor Total del contrato		**$ 18.000.000**
Porcentaje del Anticipo	**%**	**$**
Porcentaje del Pago anticipado	**%**	**$**
Valor Amortizado del Anticipo		**$**
Valor Ejecutado del Contrato		**$ 13.000.000**
Valor por ejecutar		**$ 5.000.000**
Valor a pagar en el presente Informe		**$ 5.000.000**
No. Factura o Cuenta de Cobro		**3**

4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO

4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE NOVIEMBRE 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**
Apoyar en las IPS adscritas al Programa de Departamental de Farmacovigilancia en los procesos de notificación de los Reacciones Adversas a medicamentos (RAM), Fallos Terapéuticos, Reportes de Reacciones adversas a la Vacunación, Problemas de Calidad a medicamentos, Errores de medicación al VigiFlow y al Sivigila a través de capacitaciones y asistencia técnica, participación a los Comités de Farmacia y Terapéutica en calidad de invitados, divulgación y entrenamiento de tutoriales del funcionamiento del Programa Nacional de Farmacovigilancia.	Durante este periodo se realizaron asistencias técnicas a través de llamadas telefónicas, WhatsApp o correo electrónico. Verificar siguiente enlace: Apoyar_IPS_Adscritas_PFVA.docx Y de manera presencial tres IPS recibieron visitas presenciales. Verificar siguiente enlace: Visita_ESE_Centro_Salud_Piojó_21112024.pdf Visita_ESE_Centro_Salud_Tubará_21112024.pdf Visita_ESE_Hospital_Juan_Acosta_21112024.pdf
Participar en las reuniones del Comité de Investigación y Análisis de Eventos Adversos a Medicamentos (CIAEM) para la evaluación de los reportante realizados a Vigiflow y Sivigila de: Sospechas de Reacciones Adversas a medicamentos (RAM), Fallos Terapéuticos, Reportes de Reacciones Adversas a la Vacunación, Problemas de Calidad a medicamentos, Errores de medicación.	Durante el mes de noviembre del 2024 se realizó un (1) CIAEM donde se analizaron 8 reportes cargados al Vigiflow de las siguientes IPS de jurisdicción del departamento del Atlántico: • *Fundación Hospital Universidad del Norte* • *E.S.E. Unidad Local de Salud de Suan* • *E.S.E. Centro de Salud de Galapa* • *IPS Cersalud Medicina Integral* • *Clínica San Rafael Alta Complejidad S.A.S* • *Agrupasalud IPS* Verificar a través del siguiente enlace: 36_Acta_CIAEM_Borrador.docx

Revisión, seguimiento y evaluación de los datos provenientes de eventos adversos a medicamentos, provenientes de Vigiflow para tener información epidemiológica sobre la seguridad y el uso de medicamentos en la Red de IPS Publicas y Privadas Adscritas a la Red de Farmacovigilancia del Atlántico.	• Dentro de los grupos terapéuticos que estuvieron relacionados con los reportes predominaron los analgésicos y antibióticos. • En este CIAEM se pudo comprobar que NO en todas las IPS cuando un evento donde estuvo involucrado un antibiótico describen con que otro antibiótico se escaló u otras medidas tomadas como comunicación del caso al PROA. • El género más afectado fueron las mujeres en la totalidad de los reportes. Por edades el grupo etario los más afectados fueron los adultos (27 y 59 años). • El sistema más afectado continúa siendo la piel donde se documentaron reacciones alérgicas (Ras generalizado, eritema, habones, angioedema etc.)
Actuar como punto de contacto para las reuniones de trabajo con el INVIMA y otros organismos del estado, universidades y organizaciones no gubernamentales, quetrabajen en pro del uso racional de medicamentos	En la primera semana del mes de noviembre (5 al 8) el Programa Nacional de Farmacovigilancia del invima realizó una jornada de educación sanitaria para: Referentes de los Programas de Institucionales de Farmacovigilancia de jurisdicción del departamento del Atlántico. Verificar actividad siguiente enlace: Actividad_Educación_Sanitaria_Referentes_FV_05112024[1].pdf Visita de medición programa institucional de farmacovigilancia de la ESE Hospital de Repelón. Verificar actividad siguiente enlace: Acta_Medición_PIF_ESE_Repelon_7112024.pdf brindar orientaciones generales para la detección, evaluación, entendimiento y prevención de los eventos adversos posteriores a la vacunación (EAPV) para los grupos de Farmacovigilancia, PAI y Vigilancia de la Secretaria de Salud del Atlántico. Verificar actividad siguiente enlace: Actividad_Educación_Sanitaria_Grupo_PAI_Vigilancia_FV_Invima_08112024.doCX
Apoyar en la operatividad de las Mesas de Trabajo de Armonización de Medicamentos y otras Tecnologías de Salud entre los hospitales de baja complejidad, academia, laboratorios farmacéuticos, entre otros.	Las integrantes del Grupo PAI (Padrinos) solicitan información para aclarar la situación de un error programático ocurrido en la ESE Hospital Local de Luruaco. para ser cargado al Vigiflow. ***Respuesta***: se aclaratoria que un error programático que no haya derivado en evento adverso posterior a la vacunación no deberá notificarse a través del Sistema Vigiflow©, los medios y canales de notificación serán determinados y socializados por el Grupo PAI del Ministerio de Salud y Protección Social. Es decir que por el momento se continuará gestionando como históricamente se ha hecho. Los integrantes del Grupo de Farmacovigilancia, el Programa de Zoonosis – ETV y Líder de Programa-Subsecretaria de Salud Pública se reunieron en el lugar y fecha definidas arriba con el fin para realizar seguimiento a los procedimientos entregados a la Líder de Procesos para realizar las correcciones al primer borrador de las actividades del procedimiento correspondiente a Recepción y Almacenamiento de Medicamentos E Insumos. Verificar actividad siguiente enlace:

	Acta_Mesa_Trabajo_Conjunta_FV_ETV_08112024.docx Acta_Mesa_Trabajo_Conjunta_FV_ETV_31102024.docx
Actuar como punto de empalme del convenio entre la Gobernación del Atlántico y la Corporación Punto Azul y demás actores involucrados con la gestión de medicamentos como contaminantes ambientales (medicamentos posconsumos).	En respuesta a la solicitud enviada a Coordinador Plan Posconsumo de la Corporación Punto Azul, nos responden vía correo electrónico institucional: desde Punto Azul tenemos total disposición y prestancia para continuar fortaleciendo esta importante alianza con la Secretaría de Salud del Atlántico y la Gobernación del Atlántico.
Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor del contrato	El 8 de noviembre de 2024 se enviaron los primeros aportes solicitados por el Supervisor encomendó sobre *Encuesta de capacidades territoriales en IVC Sanitario de Medicamentos Dirección de Medicamentos y Tecnología en Salud Ministerio de Salud y Protección Social*. Verificar en el siguiente enlace: Cuestionario capacidades ETS 06112024 ajustada sin logo(1).docx El 19 de noviembre el Referente del Programa de Control de Medicamentos solicita la siguiente información: registros en la Base de Datos del Vigiflow del Programa de Farmacovigilancia del Atlántico sobre reportes de eventos adversos de los medicamentos de control especial y monopolio del estado redireccionados al Fondo Nacional de Estupefaciente. ***Respuesta***: El 20 de noviembre el Supervisor de Contrato solicita revisión y adaptar la Guía Modelo de Inspección, Vigilancia y Control basada en riesgos IVC SOA® Versión 3.0 – Julio 2023. Verificar en el siguiente enlace: Guia_Modelo_IVC_SOA_Version_3Actualizacion_2023_.pdf

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).

8.

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.

8.1 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	9473698236	2024/09/25	$ 618,800
2	9474857847	2024/10/07	$ 618,800
3	9476804728	2024/11/25	$ 618,800
	SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS		**$ 1.856.400**

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

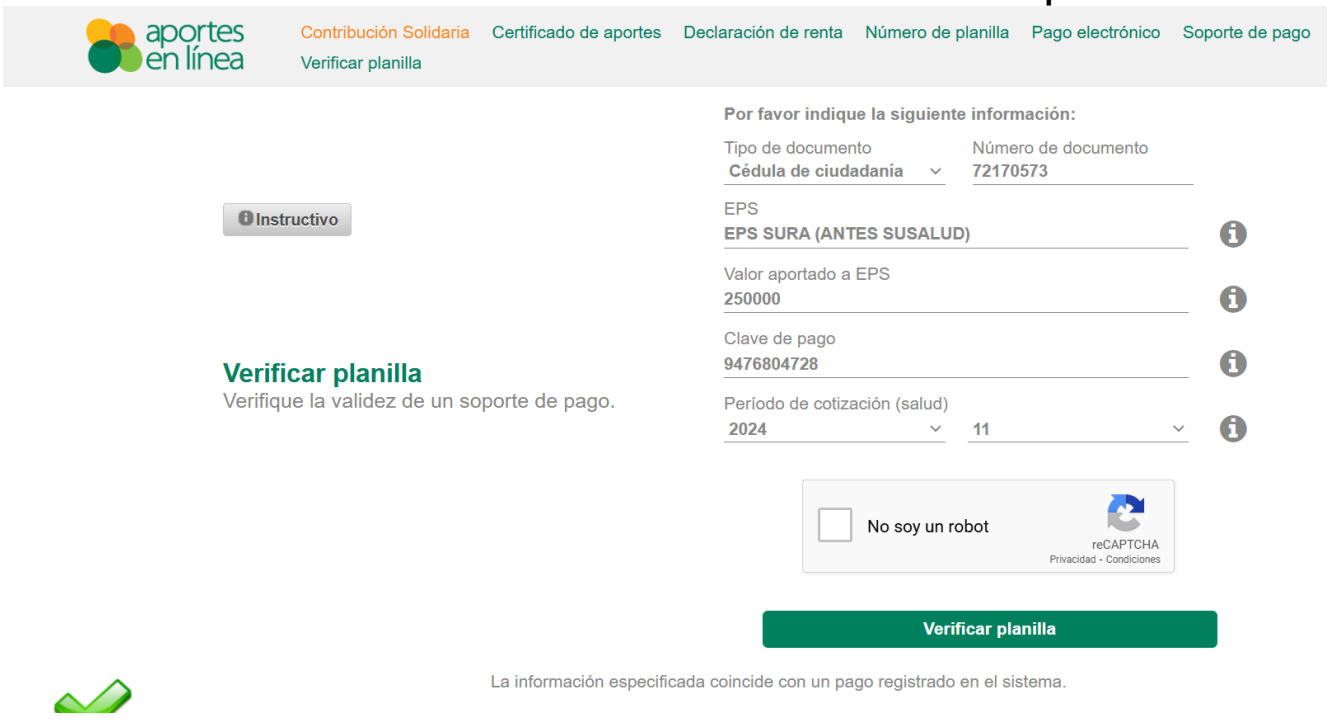
NOTA: Aplica para persona natural. Para persona jurídica, anexar certificación del pago de planillas de Seguridad Social por parte del Representante Legal y/o Revisor Fiscal con los soportes asociados.

Se firma en Barranquilla, a los 30 días del mes de noviembre de 2024.

´´

FIRMA DEL SUPERVISOR
C.C.: 32.834.196 de Baranoa

FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C.: 72170573 de Barranquilla



CERTIFICACIÓN

Yo, **CARLOS ALBERTO ESCOBAR TORRES,** identificado con cedula de ciudadanía N° 12.596.889, en mi calidad de Profesional Especializado Grado 07 Código 222, referente del programa de CONTROL DE MEDICAMENTOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS, certifico el cumplimiento a cabalidad de las actividades del señor **RICARDO ÁVILA DE LA HOZ**, identificado con cedula de ciudadanía N° 72170573, suscritas en el contrato N° 2024401844 de 2.024, esto con la finalidad de que pueda gestionar sus cuentas de cobro de dicho contrato correspondientes a las realizadas del 1 al 30 Noviembre del año 2024.

La presente certificación se expide el treinta (30) de Noviembre del 2.024

Cordialmente

CARLOS ALBERTO ESCOBAR TORRES
Profesional Especializado
Control de Medicamentos y Otras Tecnologías

Gmail 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 GESTION 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 digital[1] 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 aquélla 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".