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

Informe de Supervisión No:	01
Contrato No:	202501619

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

Contratista:	MONICA CECILIA ANILLO ZUÑIGA		
Identificación:	32.713.138		
Tipo de Contrato:	PRESTACIÒN DE SERVICIOS		
Nombre del Supervisor:	OLINDA OÑORO JIMENEZ		
Objeto del Contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION DE ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE CONTROL DE MEDICAMENTOS Y OTRAS TECNOLOGIAS DE LA SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA QUE SE REALIZA EN LAS I.PS. PUBLICAS Y PRIVADAS Y LAS ACTIVIDADES DIRIGIDAS A LOS ESTABLECIMIENTOS SUJETOS A INSPECCION , VIGILANCIA Y CONTROL EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO DE ACUERDO CON LAS COMPETENCIAS LEGALES EN MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL Y MONOPOLIO DEL ESTADO.		
Plazo de Ejecución:	El plazo para la ejecución del contrato será por siete (7) meses, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.		
Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	202500848	**Fecha de C.D.P.**	2025/03/05
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	202503028	**Fecha del R.P.**	2025/05/02
Valor del Contrato	**Contrato Inicial** $ 22.400.000 **Adición 1** $ **Adición 2** $ **Adición 3** $ **Total** $ 22.400.000		

Fecha de inicio del contrato	Fecha de terminación del contrato	Fecha de Suspensión del contrato	Fecha de reinicio
02/05/2025	01/12/2025		

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		**$ 22.400.000**
Adición No. 1		**$**
Adición No. 2		**$**
Adición No. 3		**$**
Valor Total del contrato		**$ 22.400.000**
Porcentaje del Anticipo	**%**	**$**
Porcentaje del Pago anticipado	**%**	**$**
Valor Amortizado del Anticipo		**$**
Valor Ejecutado del Contrato		**$ 3.200.000**
Valor por ejecutar		**$ 19.200.000**
Valor a pagar en el presente Informe		**$ 3.200.000**
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 02 AL 31 DE MAYO DE 2025.

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. Atender las solicitudes de trámites ante el programa Control de Medicamentos y otras tecnologías.	Esta actividad aún no ha sido asignada por mi supervisor
2. Manejar el sistema documental Orfeo	He estado recibiendo capacitación sobre el sistema Orfeo
3. Apoyar la elaboración de los informes de gestión	Esta actividad aún no ha sido asignada por mi supervisor
4. Mantener actualizada las bases de datos relacionadas con: Registro de expendedores de drogas, Registro de farmacodependientes, registro de establecimientos inscritos para el manejo de los MCE, Establecimientos farmacéuticos de los 22 municipios del Atlántico la base de datos de decomisos y base de datos de investigaciones administrativas, revisión y distribución de los correos que ingresas al fre@atlantico.gov.co	He estado manejando una herramienta que nos permite tener la base de datos de decomisos, transformación y destrucción actualizada mes a mes.
5. Apoyar en la elaboración de informes mensuales al FNE.	Esta actividad aún no ha sido asignada por mi supervisor

6. Elaboración de informe de gestión mensual de las actividades desarrolladas.	He estado manejando una herramienta que nos permite tener la base de datos de los informes de medicamentos de control actualizada mes a mes.
7. Llevar registro de PQR que se presenten por el uso de medicamentos y dispositivos médicos	Esta actividad aún no ha sido asignada por mi supervisor
8. Vigilar y hacer seguimiento a: al uso, distribución y denuncia de pérdida de recetarios oficiales. Informes mensuales.	Esta actividad aún no ha sido asignada por mi supervisor
9. Asistir y participar de las reuniones, capacitaciones, juntas o demás actividades que la coordinación y/o supervisor organicen.	He asistido a las reuniones convocadas por el Supervisor
10. Registrar y sistematizar las capacitaciones realizadas por el Programa. .	Esta actividad aún no ha sido asignada por mi supervisor
11. Gestionar y definir con la Secretaría de Informática, el desarrollo e implementación de un programa que facilite el registro y búsqueda de la información relacionada con el Programa tales como: Inscritos en el programa, censo de establecimientos farmacéuticos, entre otros.	Esta actividad aún no ha sido asignada por mi supervisor.
12.Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del Supervisor del contrato.	Se realizaron todos los apoyos que fueron solicitados por parte de mi supervisor de contrato.

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)
01	9486764660	28/05/2025	$ 185.500
	SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS		$ 185.500

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

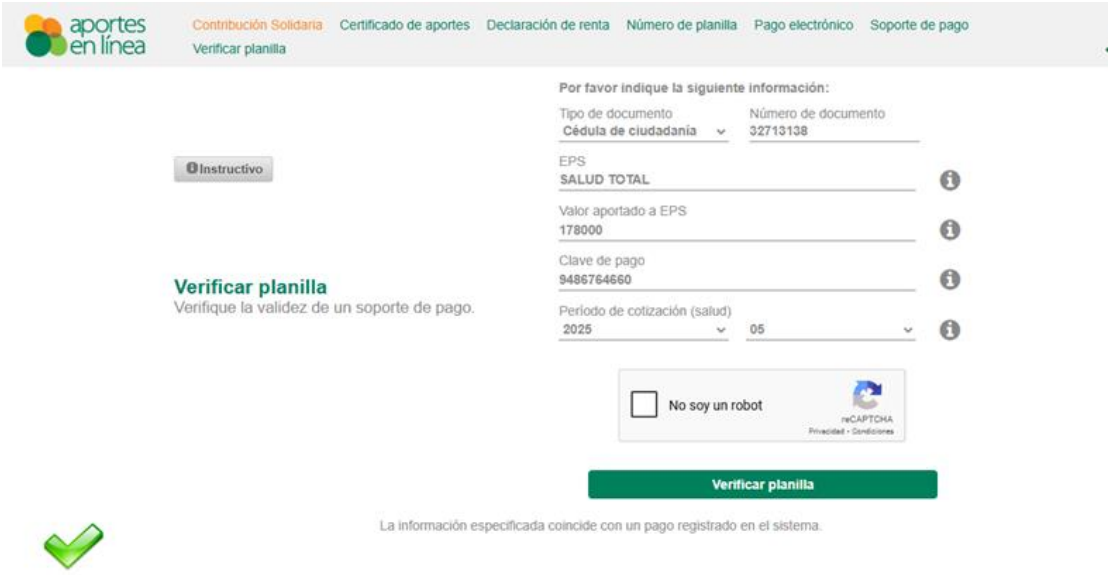
NOTA: Aplica para persona natural. Para persona jurídica, anexar certificación del pago de planillas de Seguridad Social por parte del Representante Legal y/o Revisor Fiscal con los soportes asociados.

Se firma en Barranquilla, a los 12 días del mes de junio de 2025.

FIRMA DEL SUPERVISOR
C.C.:32834196 de Baranoa

FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C.: 32.713.138 de Barranquilla

VALIDACIÓN PLANILLA DE PAGO



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 de la señora **MÓNICA CECILIA ANILLO ZÚÑIGA**, identificado con cedula de ciudadanía N° 32.713.138, suscritas en el contrato N° 202501619 de 2.025, esto con la finalidad de que pueda gestionar sus cuentas de cobro de dicho contrato correspondientes a las realizadas del 02 al 31 del mes de Mayo del año 2025.

La presente certificación se expide el Tres (03) de Junio del 2.025

Cordialmente

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

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