

| | | |
|--|--|--|
|  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: | 4 |
| Contrato No: | 202500451 |

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | |
|--|---|----------------------------------|-------------------|
| Contratista: | DIANA CAROLINA DEDERLE PEREZ | | |
| Identificación: | 55.313.352 | | |
| Tipo de Contrato: | PRESTACIÓN DE SERVICIO | | |
| Nombre del Supervisor: | OLINDA OÑORO JIMENEZ | | |
| Objeto del Contrato: | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO 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 de (6) meses, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución. | | |
| Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P) | 202500308 | Fecha de C.D.P. | 2025/01/29 |
| Número de Registro Presupuestal (R.P.) | 202500842 | Fecha del R.P. | 2025/02/19 |
| Valor del Contrato | Contrato Inicial | \$ 28.800.000 | |
| | Adición 1 | \$ | |
| | Adición 2 | \$ | |
| | Adición 3 | \$ | |
| | Total | \$ 28.800.000 | |
| Fecha de inicio del contrato | Fecha de terminación del contrato | Fecha de Suspensión del contrato | Fecha de reinicio |
| 19/02/2025 | 18/08/2025 | - | - |

1.1 MODIFICACIONES DEL CONTRATO

(Relacionar Adiciones y/u Otro sí, Si aplica)

| DOCUMENTO | FECHA SUSCRIPCIÓN 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 | | \$ 28.800.000 |
| Adición No. 1 | | \$ |
| Adición No. 2 | | \$ |
| Adición No. 3 | | \$ |
| Valor Total del contrato | | \$ 28.800.000 |
| Porcentaje del Anticipo | % | \$ |
| Porcentaje del Pago anticipado | % | \$ |
| Valor Amortizado del Anticipo | | \$ |
| Valor Ejecutado del Contrato | | \$ 19.200.000 |
| Valor por ejecutar | | \$ 9.600.000 |
| Valor a pagar en el presente Informe | | \$ 4.800.000 |
| No. Factura o Cuenta de Cobro | | 4 |

4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO

4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DE 19 MAYO 2025 AL 18 JUNIO 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) Realizar asistencias técnicas para el fortalecimiento de capacidades del personal de las IPS públicas y privadas, que incluya los algoritmos nacionales de diagnóstico rápido de casos de TB, con énfasis en niños menores de 15 años, personas con VIH, grupos vulnerables en el marco de la gestión compartida del riesgo con enfoque interprogramático e intersectorial. | Se realizaron llamadas de fortalecimiento de las capacidades del personal de las IPS tanto públicas y privadas, asistencias técnicas nominales de los pacientes en el programa, fortaleciendo en el personal las capacidades sobre el manejo de los lineamientos con cada caso presentado; Adaptando estrategias en la búsqueda de sintomáticos respiratorios en las IPS de atención del Municipio de Soledad (asignación de IPS contributivas). |
| 2) Realizar Asistencia técnica y seguimiento a las secretarías de salud municipales en la implementación | |

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

| | |
|---|--|
| <p>de estrategias de búsqueda activa de casos de acuerdo con los algoritmos nacionales, con adaptación local, con énfasis en las poblaciones de riesgo identificadas y bajo el marco de las acciones del plan de gestión de riesgo, con enfoque Inter programático e intersectorial.</p> | <p>Se realiza seguimiento a las asistencias técnicas con modalidad virtual; fortaleciendo las capacidades del personal contratado en la Secretaría de salud del Municipio durante el periodo en vigencia; Brindando estrategias para la adaptación al Municipio en la búsqueda de sintomáticos respiratorios en el ámbito comunitario, institucional y extramural de las IPS prestadoras de servicios de salud del régimen contributivo del Municipio de Soledad.</p> |
| <p>3) Llevar Tablero de control de programación y seguimiento trimestral de la captación de Sintomáticos Respiratorios y detección de casos, propendiendo que cada municipio realice seguimiento mensual y generando estrategias de intensificación o mejora de la captación bajo principios de calidad.</p> | <p>Se realiza seguimiento en modalidad virtual, revisión del manejo, programación y direccionamiento a los Sintomáticos Respiratorios en las Secretarías de Salud de los Municipios asignados en el Departamento del Atlántico; Socializando entre el personal contratado la programación de Sintomáticos Respiratorios, la socialización y retroalimentación de estas cifras con el personal asistencial en la ESE e IPS del Municipio, generando estrategias en el manejo e intensificación de la captación y socializando las mejoras en el proceso estipulado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soledad. |
| <p>4) Autorizar y realizar despacho de medicamentos a municipios para el tratamiento de casos de TB sensible e infección latente, previa verificación de cumplimiento de esquemas estandarizados en la Resolución 227 de 2020, así como reporte de notificación base programa, SIVIGILA, formula médica verificando pertinencia de los esquemas de acuerdo a la norma coordinando con el responsable de entrega en la secretaria de los municipios asignados.</p> | <p>Se realizó dispensación durante el mes en vigencia al Municipio de Soledad; pacientes en instituciones de complementarias residentes de este Municipio, verificando el cumplimiento del Algoritmo Diagnóstico estandarizado en los lineamientos vigentes.</p> <p>En cada correo se deja constancia del seguimiento a este proceso y se corroboran datos consignados en las tarjetas de tratamiento.</p> <p>Cada una de las solicitudes se entregan de acuerdo a la programación del almacén de Salud Pública Departamental; para brindar oportunidad en el tratamiento antifímico las IPS complementarias se dispensan diariamente y las IPS Primarias se reciben correos los días martes y jueves para su entrega los días miércoles y viernes de cada semana.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante el periodo en mención se realiza dispensación de tratamiento antifímico diario (lunes a viernes) a las Ips de atención complementaria; garantizando que los pacientes Dx en su estancia hospitalaria reciban de manera oportuna el inicio de su tetra |

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

| | |
|---|--|
| | <p>conjugado, del 19 de mayo al 18 junio 2025.</p> |
| <p>5) Hacer seguimiento nominal de los casos que ingresan al programa, para que se garantice la realización de PM, cultivo, prueba de VIH, de sus municipios asignados.</p> | <p>Se lleva un seguimiento nominal de los casos activos en el programa y los ingresos durante el tiempo en vigencia del contrato. Este periodo comprende del 19 mayo a 18 junio 2025.</p> <p>En cada correo electrónico se realiza una asistencia técnica nominal del caso con la enfermera líder del programa de esa Ips, fortaleciendo los conocimientos del personal en salud con los lineamientos del programa de tuberculosis en los diferentes Municipios del Atlántico.</p> <ul style="list-style-type: none"> - IPS Clínica Porvenir. - Adela de Char. - Sura Calle 30. - Sanitas Calle 30. - Viva 1ª Sede las Moras. - Ips Pérez Radiólogos. - Hospital Universidad del Norte. - IPS Mi Red. - CACR Hospital Juan Domínguez Romero. - Quimio salud. - Clínica de la Policía. - FASALUD. - Zentria. |
| <p>6) Garantizar el envío de la programación de SR, libros de SR, libro de pacientes, libro de tratamiento preventivo y libro de contactos de manera mensual de sus municipios asignados.</p> | <p>En busca de garantizar el cumplimiento de envío de información por parte de los municipios del Departamento del Atlántico se realiza seguimiento al envío de la programación de SR del Municipio asignado (Soledad).</p> |
| <p>7) Identificar casos especiales, asistir técnicamente en la documentación y presentación para la sesión de comité y participar activamente en las sesiones del CERCET.</p> | <p>Participamos en los presentados en la mesa virtual de análisis de pacientes citando a los actores pertinentes de este desarrollo durante el diagnóstico, tratamiento y desenlace de la paciente con su desenlace y situación de salud.</p> <p>10 junio 2025, con el link de ingreso: https://teams.microsoft.com/l/meetup-join/19%3ameeting_NGVhNjliY2MtYzJmMy00ZTdiLTk5NDgtNDZMGI5OTc4OTEw%40thread_v2/0?context=%7b%22Tid%22%3a%223a8e2252-4891-4a04-ac3d-10bcf3c78adc%22%2c%22Oid%22%3a%229e021998-5647-4ba5-b169-0a3e9d066b9a%22%7d </p> |

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

| | |
|---|--|
| <p>8) Levantar y mantener actualizado el directorio de las ESE e IPS presentes en sus municipios asignados.</p> | <p>Se realizan visitas de primera vez en las instituciones de los municipios asignados, recopilan datos de los profesionales asignados a las IPS y Secretarías de Salud Municipales; logrando el objetivo de mantener actualizados los directorios actuales.</p> |
| <p>9) Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor del contrato.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1) Actualización de libros y base de datos de los pacientes con soportes de laboratorio control en su duración del tratamiento. 2) Se cumple con la asignación establecida por el supervisor durante el periodo en vigencia, realizando dispensación de manejo antifímico a las ips de manera continua y a las ips de atención primaria los días establecidos martes y jueves del mes en mención. 3) Se realiza búsqueda de información y condición de egresos de pacientes del tercer y cuarto trimestre del año 2024. 4) Asistencia virtual a las reuniones del equipo interdisciplinario de la Gobernación del Atlántico del programa de Tuberculosis realizada el día 23/05/2025, con el link https://teams.microsoft.com/join/19%3ameeting_ZGQ2YTFiZGYtOGQ0MC00MDMyLWI2YWUtdA0MDI5YTM1NDUz%40thread.v2/0?context=%7b%22Tid%22%3a%223a8e2252-4891-4a04-ac3d-10bcf3c78adc%22%2c%22Oid%22%3a%229e021998-5647-4ba5-b169-0a3e9d066b9a%22%7d |


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.

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

- 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.

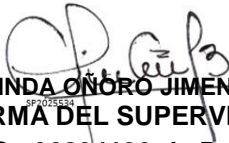
7.1 ANEXO CONTROL DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL (*)

| <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 | 9483250905 | 18/03/2025. | \$ 440.500 |
| 2 | 9484500402 | 09/04/2025 | \$ 594.000 |
| 3 | 9485168176 | 19/05/2025 | \$ 594.000 |
| 4 | 9486579422 | 06/06/2025 | \$ 594.000 |
| | SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS | | \$ 2.222.500 |


(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 25 días del mes de junio de 2025.


OLINDA OÑORO JIMENEZ
FIRMA DEL SUPERVISOR
C.C.: 32834196 de Baranoa


DIANA C. DEDERLE PEREZ
FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C.: 55.313.352 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 DE PAGO



[Contribución Solidaria](#)
[Certificado de aportes](#)
[Declaración de renta](#)
[Número de planilla](#)
[Pago electrónico](#)
[Soporte de pago](#)


[←](#)

Verificar planilla
Verifique la validez de un soporte de pago.

Instructivo

Por favor indique la siguiente información:

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Tipo de documento | Número de documento |
| Cédula de ciudadanía | 55313352 |
| EPS | |
| SANITAS | |
| Valor aportado a EPS | |
| 240000 | |
| Clave de pago | |
| 9486579422 | |
| Período de cotización (salud) | |
| 2025 | 05 |

No soy un robot
 

Verificar planilla

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



CERTIFICACIÓN

Yo, **TERESITA MARIA MASTRODOMENICO MEDINA**, identificado con cedula de ciudadanía N° 22.637.194 de Sabanalarga, en mi calidad de referente del programa de Tuberculosis, certifico el cumplimiento de las actividades que le fueron asignadas por parte del supervisor, al (a) señor (a) **DIANA CAROLINA DEDERLE PEREZ** identificada con cedula de ciudadanía N° **55.313.352**, suscritas en el contrato N° **202500451** 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 19 de mayo al 18 de junio de 2025.

La presente certificación se expide a los 26 días del mes de junio del 2025.

Cordialmente

TERESITA MARIA MASTRODOMENICO MEDINA

Referente Programa de Tuberculosis



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