| | |
|---|---|
| **Informe de Supervisión No:** | 1 |
| **Contrato No:** | 202501608 |

## 1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contratista:** | ROCIO LASTRE ALANDETE | | |
| **Identificación:** | 32.892.000 | | |
| **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, INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LAS ETV Y ZOONOSIS DENTRO DE LA DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DESARROLADAS 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 (6) meses, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución* | | |
| **Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)** | **202500928** | **Fecha de C.D.P.** | 2025/ 03 / 11 |
| **Número de Registro Presupuestal (R.P.)** | **202503159** | **Fecha del R.P.** | 2025/ 05 / 08 |

**Valor del Contrato**

| | |
|---|---|
| **Contrato Inicial** | $ 19.200.000 |
| **Adición 1** | $ |
| **Adición 2** | $ |
| **Adición 3** | $ |
| **Total** | $ 19.200.000 |

| Fecha de inicio del contrato | Fecha de terminación del contrato | Fecha de Suspensión del contrato | Fecha de reinicio |
|---|---|---|---|
| 2025/ 05 / 08 | 2025/ 11 / 14 | | |

### 1.1 MODIFICACIONES DEL CONTRATO

| 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)

| 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** | | **$19.200.000** |
| **Adición No. 1** | | **$** |
| **Adición No. 2** | | **$** |
| **Adición No. 3** | | **$** |
| **Valor Total del contrato** | | **$19.200.000** |
| **Porcentaje del Anticipo** | **%** | **$** |
| **Porcentaje del Pago anticipado** | **%** | **$** |
| **Valor Amortizado del Anticipo** | | **$** |
| **Valor Ejecutado del Contrato** | | **$ 3.200.000** |
| **Valor por ejecutar** | | **$16.000.000** |
| **Valor a pagar en el presente Informe** | | **$ 3.200.000** |
| **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 08 DE MAYO AL 07 DE JUNIO 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** |
| Participar en las jornadas de inducción y reinducción, programadas por el Programa. | Inducción: 09 de mayo del 2025 a cargo del líder Libia Beleño.<br>Reinducción: 06 de junio del 2025, en las instalaciones de Salud Pública, convocada por la Subsecretaria de Salud con los referentes del programa. |
| Brindar apoyo en la realización y actualización del diagnóstico sanitario de los sujetos priorizados por entornos, de acuerdo a la programación realizada por el Profesional contratista de apoyo, de su municipio asignado. | **Sabanagrande:**<br>Establecimientos especiales: 5<br>1. Tienda la Junta-Negativo.<br>2.Variedades Andrea-Negativo.<br>3.Tienda Facory-Negativo.<br>4.Tienda la Bendición de Dios-Negativo.<br>5.Peluqueria Johana-Negativo. |
| Brindar apoyo en el levantamiento del diagnóstico de las viviendas, a través de tres visitas por vivienda (1a visita: diagnóstico, lavado, cepillado de tanques, educación sobre las medidas de prevención de las ETV | **Sabanagrande:**<br>**1.Barrio La María 1.**<br>Viviendas visitadas:150 (primera visita). |

| | |
|---|---|
| y las Zoonosis priorizadas por el programa, de ser posible: eliminación de factores de riesgo; 2da visita: verificación de cumplimiento de las recomendaciones; 3ra visita: seguimiento final), con un mínimo mensual de 500 viviendas visitadas, de acuerdo a la programación realizada por el Profesional contratista de apoyo, de su municipio asignado. | Jornada de educación: 100 personas capacitadas en una sola Salud.<br>**2.Barrio La María 2.**<br>Viviendas visitadas:180 (primera visita).<br>Jornada de educación: 120 personas capacitadas en una sola Salud.<br>**3.Barrio San Juan Bosco.**<br>Viviendas visitadas:30 (primera visita).<br>**4.Barrio Villa Marcela.**<br>Viviendas visitadas:90 (primera visita). Jornada de educación: 40 personas capacitadas en una sola Salud. |
| Brindar apoyo en la atención integral de peticiones, quejas y reclamos inherentes al Programa ETV y Zoonosis | **Sabanagrande**: Sin PQR en el periodo. |
| Realizar el diligenciamiento completo, con letra legible y sin enmendaduras de las planillas, formatos y actas que soportan la ejecución de las actividades del Programa ETV y Zoonosis o la metología o del medio a través del cual se recolecte la información según las indicaciones del Programa. | **Sabanagrande**:<br>23 planillas diligenciadas a diarias por medio del link, ninguna devolución y entregadas al Líder de campo asignado. |
| Participar en las actividades comunitarias, de acuerdo a la programación realizada por el Profesional contratista de apoyo, de su municipio asignado (recolección de inservibles, movilizaciones sociales). | Actividad no programada. |
| Realizar entrega diaria de las planillas que soportan la ejecución de las actividades al Profesional contratista de apoyo de su municipio asignado. | **Sabanagrande:**<br>Total de planillas entregadas en el periodo de 23, entrega diaria al profesional líder de campo, quien valido y aprobó la calidad de la información diligenciada. |
| Participar en las reuniones quincenales convocadas por el Profesional contratista de apoyo de su municipio asignado o por el Programa ETV y Zoonosis. | Se participó en las reuniones convocadas por el<br>Programa ETV y Zoonosis, en la capacitación. ENTOMOLOGÍA, en el cual se trataron algunos estos temas:<br>• Capacitación en biología del Aedes aegypti y control vectorial, capacitación para la prevención de factores de riesgo de las ETV<br>• Vigilancia entomología en vectores de Chagas, Día conmemorativo mes del Chagas. |
| Brindar apoyo en la ejecución de acciones de promoción, prevención, inspección, vigilancia y control del Programa ETV y Zoonosis, en municipios diferentes al o a los asignados, en atención a brotes, epidemias, emergencias y demás situaciones epidemiológicas que lo requieran. | **Sabanagrande:**<br>Sin emergencia reportado. |
| Brindar apoyo en la ejecución de intervención química realizada para el control de la Leptospirosis. | Actividad no programada. |
| Brindar apoyo en la organización del archivo físico del Programa ETV y Zoonosis, según los lineamientos de gestión documental de la Gobernación. | Actividad no programada. |
| Desarrollar todas aquellas subactividades que se deriven o sean necesarias para cumplir con las actividades específicas principales, de forma personal e intransferible, que le sean asignadas por el supervisor del contrato. | No se presentaron en el periodo. |
| Realizar informe mensual de actividades | Se realizó informe de mensual de las actividades realizadas. |

**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.

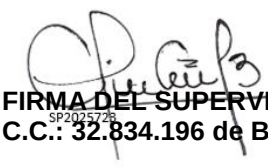
7.1 **ANEXO CONTROL DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL (*)**

| Número de la Cuenta de Cobro | Número de la Planilla | Fecha de Pago Planilla | Valor Total de la Planilla (sin intereses) |
|---|---|---|---|
| 1 | 1073552335 | 2025/06/24 | $ 413.300 |
| | SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS | | **$ 413.300** |

**(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 04 días del mes de julio de 2025.




**FIRMA DEL SUPERVISOR**
**C.C.: 32.834.196 de Baranoa**

**FIRMA DEL CONTRATISTA**
**C.C.: 32.892.000 de Barranquilla**

## VALIDACION DE PLANILLA PAGADA - ROCIO LASTRE ALANDETE



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.) **ROCIO LASTRE ALANDETE**, identificada(o) con la C.C No 32.892.000, realizó en el periodo comprendido del 8 de Mayo al 7 de Junio de del 2025, de acuerdo al objeto del contrato de prestación de servicios No **202501608**; 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 SUBSECRETARIA 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 4 de Julio 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