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

Informe de Supervisión No:	2
Contrato No:	202500931

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

Contratista:	JEIMY SOFIA ESCOBAR RIVERA		
Identificación:	1047334453		
Tipo de Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
Nombre del Supervisor:	OLINDA OÑORO JIMENEZ		
Objeto del Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN 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 PÚBLICA EN LOS 22 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.		
Plazo de Ejecución:	El plazo para la ejecución del contrato será de SEIS (06) MESES, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.		
Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	202500309	**Fecha de C.D.P.**	2025/01/29
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	202502139	**Fecha del R.P.**	2025/03/26
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
2025/03/26	2025/09/25		

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		**$ 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		**$**
Valor Ejecutado del Contrato		**$ 6.400.000**
Valor por ejecutar		**$ 12.800.000**
Valor a pagar en el presente Informe		**$ 3.200.000**
No. Factura o Cuenta de Cobro		**2**

4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO

4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 26 DE ABRIL AL 25 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 Realizar visitas de seguimiento a los casos notificados en coordinación con las Secretarías de Salud Municipales para fortalecer el estudio de contactos de casos de Tuberculosis especialmente en menores de 15 años, personas viviendo con TBNIH, mayores de 65 años, entre otros.	se realizaron visitas de seguimiento en coordinación con las Secretarías de Salud de los municipios. Durante estas actividades se llevaron a cabo acciones de verificación, seguimiento y evaluación de casos previamente notificados, con especial énfasis en la identificación de contactos estrechos y la orientación para la intervención oportuna. Las visitas se desarrollaron en los siguientes municipios:

	• **PALMAR DE VARELA**: Se identificaron y confirmaron **1 pacientes efectivo**. • **SANTO TOMAS**: Se confirmaron **3 pacientes efectivo**. • **SABANAGRANDE**: Se detectó **3 pacientes efectivo**. • **PONEDERA**: Se encontró **4 paciente efectivo**.
2 Realizar reporte del 100% de PATB en riesgo de Perdida en el seguimiento, de casos de TB con riesgo o pérdida en el seguimiento al tratamiento, no acceso al TARV en casos de coinfección, no acceso a controles por Bk y cultivo, consultas médicas, enfermería, nutrición y otros paraclínicos establecidos en la resolución 227 de 2020 para TB sensible, latente a su referente.	Se realizó el reporte de los pacientes con tuberculosis (PATB) en riesgo o pérdida en el seguimiento, incluyendo casos con: • Falta de acceso a tratamiento antirretroviral (TARV) en coinfección TB/VIH. • No realización de controles por baciloscopia y cultivo. • Inasistencia a consultas médicas, de enfermería, nutrición y paraclínicos, según lo establecido en la Resolución 227 de 2020. Los casos identificados fueron notificados a sus referentes municipales para garantizar la intervención oportuna y la continuidad del tratamiento.
3 Hacer el reporte en la IPS o ESE de la visita de investigación de campo realizada a los casos de TB sensibles.	La visita permitió identificar barreras en el seguimiento de los pacientes con TB sensible. **Se realizaron los informes correspondientes a la IPS/ESE** con el fin de que se activen las rutas de atención y se dé respuesta oportuna a las necesidades identificadas en campo.
4 Realizar reporte de personas sintomáticas respiratorias derivadas de las Organizaciones de Base comunitarias y TDO con apoyo comunitario por líderes entrenados en la estrategia ENGAGE TB en los formatos de los indicadores que hacen parte de la Caja de Herramientas TB-VIH.	Se realizó la identificación y derivación de personas sintomáticas respiratorias desde Organizaciones de Base Comunitarias (OBC) y TDO con apoyo comunitario, a través de líderes entrenados en la estrategia **ENGAGE TB** . **El reporte fue realizado y diligenciado en los formatos de indicadores de la Caja de Herramientas TB-VIH** y entregado a la autoridad correspondiente.
5 Suministrar la información de las visitas de investigación de campo y de seguimiento, con el fin de alimentar la base de datos de contactos	Se suministró la información correspondiente a las visitas de investigación de campo y seguimiento realizado a casos de tuberculosis, con el fin de alimentar y actualizar la base de datos de contactos, garantizando así el fortalecimiento del estudio de contactos en el marco de la vigilancia en salud pública.
6 Hacer seguimiento de las atenciones realizadas a los contactos de pacientes con TB derivados para valoración médica institucional.	Se realizó el seguimiento a las atenciones brindadas a los contactos de pacientes con tuberculosis que fueron derivados para valoración médica institucional, con el fin de verificar el acceso efectivo a los servicios de salud y asegurar el cumplimiento de las acciones establecidas en el estudio de contactos.

7 Coordinar con las ET del orden municipal y/o localidades concordancia en los registros de contactos, punto tres del informe de casos y actividades: actividades y contactos de informe mensual e indicadores de VSP	Se coordinó con los Equipos de Trabajo (ET) del orden municipal y/o localidades para asegurar la concordancia en los registros de contactos, conforme al punto tres del informe de casos. Esta acción incluyó la revisión conjunta de actividades, actualización de datos y validación del número de contactos registrados en el informe mensual y en los indicadores de Vigilancia en Salud Pública (VSP).
8 Gestionar información, asistir técnicamente a las entidades territoriales de orden municipal, localidades o regiones para presentar acciones programáticas y estudio de contactos en las unidades de análisis de mortalidad de todos los menores de 15 años, menor de 50 años en población indígenas, habitante de calle, residencia difícil acceso geográfico o población privada de la libertad y defunción a los seis meses del diagnóstico de acuerdo a los lineamientos de VSP del Instituto Nacional de Salud.	Se gestionó información y se brindó asistencia técnica a las entidades territoriales del orden municipal, localidades o regiones, con el fin de presentar acciones programáticas y fortalecer el estudio de contactos en las unidades de análisis de mortalidad. Estas acciones se enfocaron en: • Menores de 15 años. • Personas menores de 50 años en población indígena. • Habitantes de la calle. • Personas en zonas de difícil acceso geográfico. • Población privada de la libertad. • Casos con defunción a los seis meses del diagnóstico. La gestión se realizó conforme a los lineamientos establecidos por el Instituto Nacional de Salud (INS) en materia de Vigilancia en Salud Pública (VSP).
9 Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor del contrato.	Se apoyo en las actividades que se me asigno de conformidad a las competencias del ente territorial.

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)
1	**4602333015**	**2025/03/05**	**$ 73.500**
2	**4605541476**	**2025/27/05**	**$ 440.500**
SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS			**$ 514.000**

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

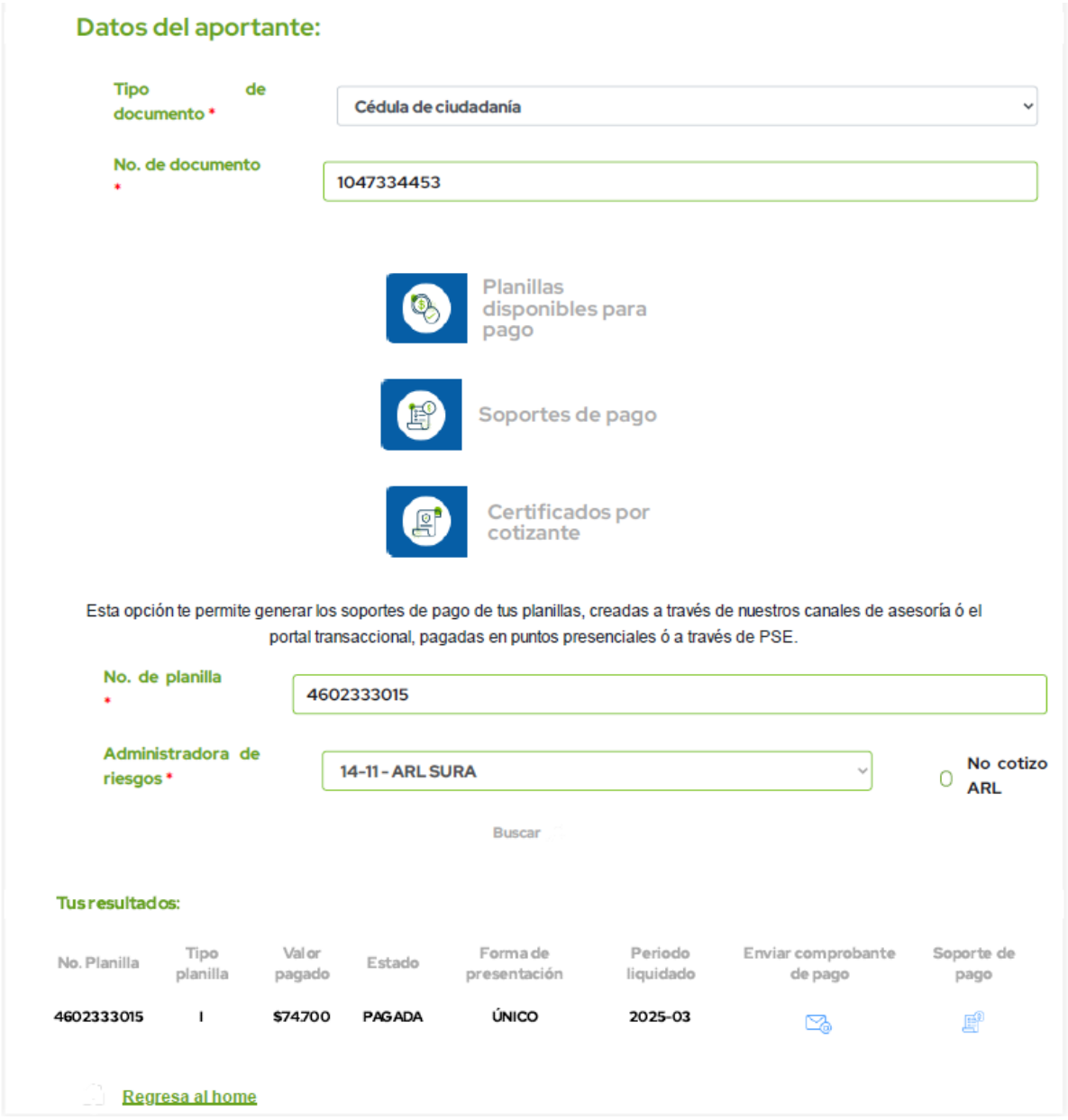
NOTA: Aplica para persona natural. Para persona jurídica, anexar certificación del pago de planillas de Seguridad Social por parte del Representante Legal y/o Revisor Fiscal con los soportes asociados.

Se firma en Barranquilla, a los 05 días del mes de junio de 2025.

FIRMA DEL SUPERVISOR
C.C.: 32834196 de Baranoa

FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C.: (1047334453) de (Barranquilla)

VALIDACIÓN PLANILLA DE PAGO - JEIMY SOFIA ESCOBAR RIVERA



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) **JEIMY SOFIA ESCOBAR RIVERA,** identificada con cedula de ciudadanía N° **1.047.334.453**, suscritas en el contrato N° **202500931** de 2025, esto con la finalidad de que pueda gestionar su cuenta de cobro de dicho contrato correspondientes a las actividades realizadas en el periodo del 26 de abril al 25 de mayo de 2025.

La presente certificación se expide el cinco (5) 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