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

Informe de Supervisión No:	1
Contrato No:	202501858

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

Contratista:	KEYLA PAOLA CERVANTES OROZCO		
Identificación:	1.001.874.096		
Tipo de Contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS		
Nombre del Supervisor:	OLINDA OÑORO JIMENEZ		
Objeto del Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA FORTALECER EL PROGRAMA DE CONTROL DE MEDICAMENTOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS DE LA SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA QUE SE REALIZA EN LAS I.P.S PÚBLICAS Y PRIVADAS, Y LAS ACTIVIDADES DIRIGIDAS A LOS ESTABLECIMIENTOS SUJETOS A INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO, 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 HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2025, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.		
Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	202501437	**Fecha de C.D.P.**	23 / 05 / 2025
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	202504121	**Fecha del R.P.**	25 / 06 / 2025

Valor del Contrato		
Contrato Inicial	$ 31.200.000	$
Adición 1	$	$
Adición 2	$	$
Adición 3	$	$
Total	$ 31.200.000	$

Fecha de inicio del contrato	Fecha de terminación del contrato	Fecha de Suspensión del contrato	Fecha de reinicio
25/06/2025	31/12/2025		

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		**$ 31.200.000**
Adición No. 1		**$**
Adición No. 2		**$**
Adición No. 3		**$**
Valor Total del contrato		**$ 31.200.000**
Porcentaje del Anticipo	**$**	**$**
Porcentaje del Pago anticipado	**$**	**$**
Valor Amortizado del Anticipo		**$**
Valor Ejecutado del Contrato		**$ 2.400.000**
Valor por ejecutar		**$ 28.800.000**
Valor a pagar en el presente Informe		**$ 2.400.000**
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 25 DE JUNIO AL 30 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**
1. Atender y cumplir la programación establecida para las actividades de IVC. 2. Realizar revisión a la ejecución de la programación de las actividades de IVC y la aplicación de los procedimientos propios del programa de control de medicamentos y dispositivos médicos. 3. Realizar mensualmente un ciclo de auditorías de supervisión tendientes a la mejora continua de los procedimientos propios del Programa de Control De Medicamentos y Dispositivos Médicos.	Se asistió y participo a reunión por parte del coordinador y supervisor del programa, para definir el plan de trabajo del mes de julio y la planeación de visitas a realizar.
4. Realizar visita de Inspección, Vigilancia y Control a: a. Establecimientos farmacéuticos (IPS, Laboratorios Farmacéuticos, Droguerías, Veterinarias, etc.) de los 22 municipios del departamento del Atlántico y el Distrito de Barranquilla en aquellos que manejan sustancias sometidas a fiscalización y medicamentos que las contengan para el programa control de medicamentos de la subsecretaría de salud pública. b. Establecimientos farmacéuticos (IPS, Laboratorios Farmacéuticos, Droguerías, tiendas naturistas cuando aplique.) de los 22 municipios del	No se asignaron durante este periodo.

departamento del para el programa control de medicamentos de la subsecretaría de salud pública.	
5. Vigilar y hacer seguimiento a: a. Bases de datos y soportes físicos de las entidades y médicos inscritos para el uso de los Recetarios Oficiales. (realizar depuración y actualización) b. Al uso y distribución internos del Recetario Oficial en los prestadores de salud (Entidades, Médicos y Odontólogos). c. Denuncia de pérdida de los recetarios oficiales. 6. Realizar asistencia técnica y capacitación a: a. Prestadores de servicios de salud (Entidades, Médicos y Odontólogos) en lo relacionado al uso y distribución del recetario oficial. (Realizar plan de trabajo)	Se realizaron todas las actividades programadas por el coordinador del área, tales como: • Alimentación y actualización de las bases de datos de establecimientos farmacéuticos inscritos ante el fondo rotatorio de estupefacientes y la BUEFA. • Seguimiento al correo institucional dando respuestas a estos.
7. Realizar las actividades de toma de muestra.	No se asignaron durante este periodo.
8. Asistir y participar de las reuniones, capacitaciones, juntas o demás actividades que la coordinación y/o supervisor organicen.	Se asistió y participo a reunión por parte del coordinador y supervisor del programa, para definir el plan de trabajo del mes de julio y la planeación de visitas a realizar.
9. Elaboración de informes de: a. Gestión mensual de las actividades desarrolladas. b. Los hallazgos obtenidos durante las auditorías de supervisión, el cual deberá retroalimentar al equipo de trabajo del Programa de Control De Medicamentos y Dispositivos Médicos. (Mensual).	Se realizó revisión del correo institucional para la recepción de informes del movimiento de los MCE y MME correspondientes al mes de mayo.
10. Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor del contrato.	Se realizaron todas las actividades programadas por el coordinador del área, tales como: • Atención al público. • Alimentación y actualización de las bases de datos de establecimientos farmacéuticos inscritos ante el fondo rotatorio de estupefacientes y la BUEFA. • Seguimiento al correo institucional dando respuestas a estos.

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	87802280	02/07/2025	$297.000
2			
3			
4			
5			
6			
7			
	SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS		$297.000

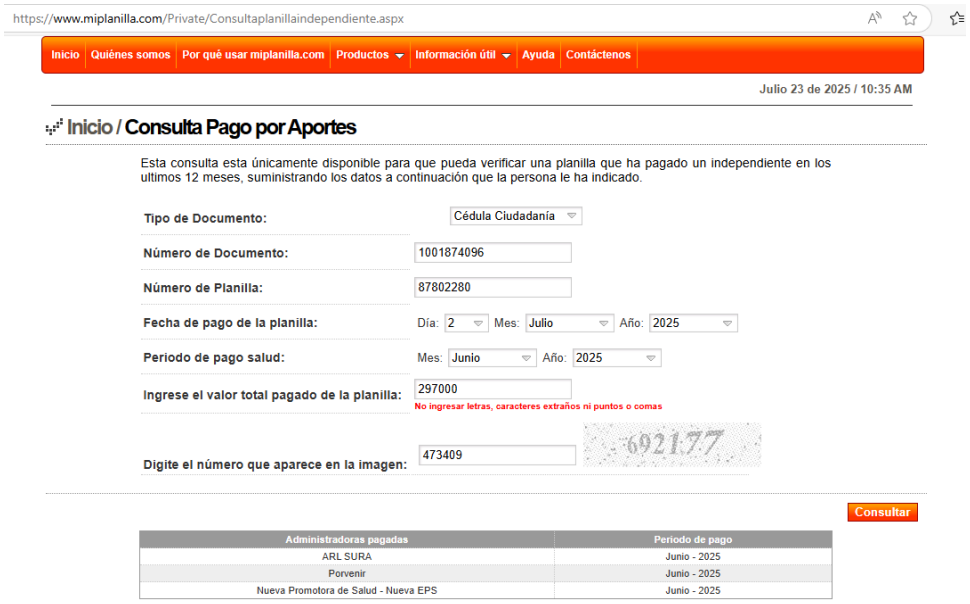
(La sumatoria total de las planillas sin intereses debe ser igual al pago de la seguridad social sobre el 40% del valor del contrato)

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 24 días del mes de julio de 2025.

FIRMA DEL SUPERVISOR
SP2024152
C.C.:32.834.196 de Baranoa

FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C.: 1.001.874.096 de Polonuevo/Atlántico


https://www.miplanilla.com/Private/Consultaplanillaindependiente.aspx
Inicio
Quiénes somos
Por qué usar miplanilla.com
Productos
Información útil
Ayuda
Contáctenos
Julio 23 de 2025 / 10:35 AM
Inicio / Consulta Pago por Aportes
Esta consulta esta únicamente disponible para que pueda verificar una planilla que ha pagado un independiente en los ultimos 12 meses, suministrando los datos a continuación que la persona le ha indicado.
Tipo de Documento:
Cédula Ciudadanía
Número de Documento:
1001874096
Número de Planilla:
87802280
Fecha de pago de la planilla:
Día: 2 Mes: Julio Año: 2025
Periodo de pago salud:
Mes: Junio Año: 2025
Ingrese el valor total pagado de la planilla:
297000
No ingresar letras, caracteres extraños ni puntos o comas
Digite el número que aparece en la imagen:
473409
Consultar
Administradoras pagadas
Periodo de pago
ARL SURA
Junio - 2025
Porvenir
Junio - 2025
Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS
Junio - 2025

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 del subsecretaría de salud pública del departamento del Atlántico, certifico: que la contratista, **KEYLA PAOLA CERVANTES OROZCO**, identificado con cedula de ciudadanía N° CC 1001874096; cumplió con las actividades suscritas en el contrato N°202501858; de fecha 25/06/2025, en el periodo comprendido del 25 de junio al 30 de junio 2025.

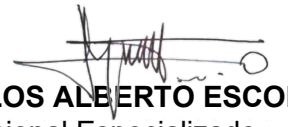
A continuación, se relacionan las actividades realizadas por el contratista durante el plazo de ejecución del contrato.

Detalle de las Actividades Realizadas-	
Obligación	**Producto**
1. Atender y cumplir la programación establecida para las actividades de IVC. **2. Realizar revisión a la ejecución de la programación de las actividades de IVC y la aplicación de los procedimientos propios del programa de control de medicamentos y dispositivos médicos.** **3. Realizar mensualmente un ciclo de auditorías de supervisión tendientes a la mejora continua de los procedimientos propios del Programa de Control De Medicamentos y Dispositivos Médicos.**	Se asistió y participo a reunión por parte del coordinador y supervisor del programa, para definir el plan de trabajo del mes de julio y la planeación de visitas a realizar.
4. Realizar visita de Inspección, Vigilancia y Control a: **a. Establecimientos farmacéuticos (IPS, Laboratorios Farmacéuticos, Droguerías, Veterinarias, etc.) de los 22 municipios del departamento del Atlántico y el Distrito de Barranquilla en aquellos que manejan sustancias sometidas a fiscalización y medicamentos que las contengan para el programa control de medicamentos de la subsecretaría de salud pública.** **b. Establecimientos farmacéuticos (IPS, Laboratorios Farmacéuticos, Droguerías, tiendas naturistas cuando aplique.) de los 22 municipios del departamento del para el programa control de medicamentos de la subsecretaría de salud pública.**	No se asignaron durante este periodo.

5. Vigilar y hacer seguimiento a: **a. Bases de datos y soportes físicos de las entidades y médicos inscritos para el uso de los Recetarios Oficiales. (realizar depuración y actualización)** **b. Al uso y distribución internos del Recetario Oficial en los prestadores de salud (Entidades, Médicos y Odontólogos).** **c. Denuncia de pérdida de los recetarios oficiales.** **6. Realizar asistencia técnica y capacitación a:** **a. Prestadores de servicios de salud (Entidades, Médicos y Odontólogos) en lo relacionado al uso y distribución del recetario oficial. (Realizar plan de trabajo)**	Se realizaron todas las actividades programadas por el coordinador del área, tales como: • Alimentación y actualización de las bases de datos de establecimientos farmacéuticos inscritos ante el fondo rotatorio de estupefacientes y la BUEFA. • Seguimiento al correo institucional dando respuestas a estos. Anexo evidencias
7. Realizar las actividades de toma de muestra.	No se asignaron durante este periodo.
8. Asistir y participar de las reuniones, capacitaciones, juntas o demás actividades que la coordinación y/o supervisor organicen.	Se asistió y participo a reunión por parte del coordinador y supervisor del programa, para definir el plan de trabajo del mes de julio y la planeación de visitas a realizar.
9. Elaboración de informes de: **a. Gestión mensual de las actividades desarrolladas.** **b. Los hallazgos obtenidos durante las auditorías de supervisión, el cual deberá retroalimentar al equipo de trabajo del Programa de Control De Medicamentos y Dispositivos Médicos. (Mensual).**	Se realizó revisión del correo institucional para la recepción de informes del movimiento de los MCE y MME correspondientes al mes de mayo.
10. Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor del contrato.	Se realizaron todas las actividades programadas por el coordinador del área, tales como: • Atención al público. • Alimentación y actualización de las bases de datos de establecimientos farmacéuticos inscritos ante el fondo rotatorio de estupefacientes y la BUEFA. • Seguimiento al correo institucional dando respuestas a estos.

La presente certificación se expide a petición del supervisor del contrato con la finalidad que la contratista pueda gestionar la cuenta de cobro del contrato en mención.

En constancia de lo anterior firmo el presente documento al (22), días del mes de julio de 2025.



CARLOS ALBERTO ESCOBAR TORRES
Profesional Especializado
Subsecretaría de Salud Pública
Secretaría de Salud del Atlántico

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