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

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

<b>Informe de Supervisión No:</b>	4
<b>Contrato No:</b>	202500998

## 1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

<b>Contratista:</b>	FABIAN ENRIQUE HURTADO LEIVA		
<b>Identificación:</b>	1044432890		
<b>Tipo de Contrato:</b>	PRESTACION DE SERVICIOS		
<b>Nombre del Supervisor:</b>	OLINDA OÑORO JIMENEZ		
<b>Objeto del Contrato:</b>	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES Y ACTIVIDADES QUE SE LLEVAN A CABO EN EL ÁREA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA, EN LOS 22 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO		
<b>Plazo de Ejecución:</b>	El plazo para la ejecución del contrato será por cinco (5) meses, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.		
<b>Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)</b>	202500314	<b>Fecha de C.D.P.</b>	29/01/2025
<b>Número de Registro Presupuestal (R.P.)</b>	202501339	<b>Fecha del R.P.</b>	05/03/2025
<b>Valor del Contrato</b>	<b>Contrato Inicial</b>	\$ 32.500.000	
	<b>Adición 1</b>	\$	
	<b>Adición 2</b>	\$	
	<b>Adición 3</b>	\$	
	<b>Total</b>	\$ 32.500.000	
<b>Fecha de inicio del contrato</b>	<b>Fecha de terminación del contrato</b>	<b>Fecha de Suspensión del contrato</b>	<b>Fecha de reinicio</b>
05 de marzo de 2025	04 de agosto de 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.*

<b>Aseguradora</b>		<b>Amparos</b>	<b>Vigencia</b>
--------------------	--	----------------	-----------------

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

No de Póliza	Actualización de Póliza (En caso que aplique)	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
<b>Valor del Contrato Inicial</b>	<b>\$ 32.500.000</b>
<b>Adición No. 1</b>	<b>\$</b>
<b>Adición No. 2</b>	<b>\$</b>
<b>Adición No. 3</b>	<b>\$</b>
<b>Valor Total del contrato</b>	<b>\$ 32.500.000</b>
<b>Porcentaje del Anticipo</b>	<b>\$</b>
<b>Porcentaje del Pago anticipado</b>	<b>\$</b>
<b>Valor Amortizado del Anticipo</b>	<b>\$</b>
<b>Valor Ejecutado del Contrato</b>	<b>\$ 26.000.000</b>
<b>Valor por ejecutar</b>	<b>\$ 6.500.000</b>
<b>Valor a pagar en el presente Informe</b>	<b>\$ 6.500.000</b>
<b>No. Factura o Cuenta de Cobro</b>	<b>4</b>

### 4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO


#### 4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 05 DE JUNIO AL 04 DE JULIO DEL 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 asistencia técnica al municipio asignado, para lograr que se realice la notificación de manera oportuna por parte de la Unidad Notificadora Municipal y todas las	Se realizó visita de asistencia técnica en el municipio de Juan de Acosta, en la siguientes fechas:

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

Unidades Primarias Generadoras de Datos-UPGD, logrando así un cumplimiento del 95% de la notificación para UPGD y UNM, oportunidad de la notificación semanal en máximo 7 días, silencio epidemiológico menor del 5%, preferible 0%.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 10 de junio</li> <li>- 17 de junio</li> <li>- 24 de junio</li> <li>- 1 de julio</li> </ul>
2. Asesorar y acompañar al municipio en la realización de las investigaciones epidemiológicas de campo de eventos priorizados, con el fin de lograr un ajuste de casos en un tiempo inferior a 30 días promedio y que se ajuste el 100% de los casos que se notifiquen con residencia del municipio asignado, revisión de la base de datos de SIVIGILA e indicadores RUAF, para que de acuerdo con lo registrado planeen las acciones de intervención, capacitación y seguimiento a UPGD y comunidades.	Se realizó asesoría y acompañamiento al municipio de: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Juan de Acosta.</li> </ul>
3. Realizar mínimo una asistencia técnica semanal para el desarrollo de capacidades de los municipios asignados, elaborando acta de visita de acuerdo con modelo establecido y esta debe estar firmada por el referente municipal y el contratista.	En este periodo se realizaron las visitas institucionales programadas y como resultado se presentaron actas de asistencia técnica.
4. Hacer seguimiento y acompañar a los municipios asignados para la realización de todas las búsquedas activas institucionales y comunitarias establecidas en los lineamientos 2024, cumpliendo con la entrega mensual de la descarga de acuerdo con el aplicativo y formatos establecidos por el Instituto Nacional de Salud.	Se realizó asistencia, acompañamiento en la realización de búsquedas activas y acompañamiento a la ESE asignada de del municipio de Juan de Acosta.
5. Realizar mínimo una capacitación mensual de protocolos de eventos de interés en salud pública asignados o lineamientos en los municipios asignados y/o para todo el departamento	Se realiza visita con el programa de TBC, de pacientes con diagnóstico y manejo acortado y supervisado.
6. Revisar y depurar semanalmente la base de datos de eventos de interés en salud pública asignados para su vigilancia, retroalimentar al municipio y realizar la gestión para la notificación oportuna, investigación epidemiológica de campo, unidad de análisis (en caso de que se requiera, de acuerdo con lineamientos 2024) y ajuste de casos de tal manera que se cumpla con los tiempos establecidos para el evento	Se realizó la revisión y depuración de las bases de datos de la semana 22 a la 25 del 2025.
7. Acompañar al municipio para que haga la revisión diaria y semanal de las bases de datos del SIVIGILA y realizar la gestión para la notificación oportuna, investigación epidemiológica de campo, unidad de análisis (en caso de que se requiera, de acuerdo con los lineamientos 2024) y ajuste de casos de tal manera que se cumpla con los tiempos establecidos para el evento.	Se realizó asistencia al municipio: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Juan de Acosta.</li> </ul>
8. Realizar y entregar informe de investigaciones epidemiológicas de campo (incluye infirme de visita	Se realizó visita de IEC por Accidente ofídico y caso de sarampión.

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


<p>domiciliaria), en menos de 24 horas de conocido el caso y hacer el informe final en un plazo no superior a 72 horas y gestionar su envío al Instituto Nacional de Salud en los casos que se requiera.</p>	
<p>9. Acompañar a los municipios asignados para realizar la programación y envío de actas mensuales de reuniones de comités municipales: COVEM, COVECOM y estadísticas vitales a los correos establecidos.</p>	<p>Se acompañó al municipio asignado en esta actividad.</p>
<p>10. Elaborar informe por periodo epidemiológico del municipio asignado, en este debe mostrar con indicadores los avances municipales, compromisos y propuestas para cumplir con los lineamientos de vigilancia 2024.</p>	<p>Se realizaron los boletines correspondientes a la semana 22 a la 25 de del 2025.</p>
<p>11. Apoyar al municipio para el desarrollo de la vigilancia epidemiológica con enfoque comunitario de acuerdo con los lineamientos del Instituto Nacional de Salud y la Secretaria de Salud del Atlántico.</p>	<p>Se apoyó al municipio asignado en el desarrollo de la vigilancia epidemiológica.</p>
<p>12. Realizar la gestoría de la sala de análisis del riesgo y estar disponible para la atención de emergencias o brotes en las semanas asignadas de acuerdo con la programación de la Subsecretaria de Salud Pública. Deberá presentar y entregar resumen de la semana de gestoría, el cual presentará en la reunión semana de la Sala de Análisis del Riesgo (SAR).</p>	<p>Asistí a las reuniones programadas cada lunes del mes SAR.</p>
<p>13. Apoyar las acciones realizadas en la Subsecretaria de Salud Pública, de acuerdo con programación realizada por el área.</p>	<p>Se realizan todas las actividades programadas por la Subsecretaría de Salud pública.</p>
<p>14. Entregar informe mensual que consolide la información de la ejecución del objeto contractual y se evidencie el cumplimiento de éste, de manera cuantitativa y cualitativa e informe final con reunión de cierre.</p>	<p>Entregue los informes correspondientes a la referente del programa Vigilancia epidemiológica (Dra. Sixta Peñaloza).</p>
<p>15. Cargar en la carpeta de OneDrive, con frecuencia semanal, todos los soportes que evidencien el avance en la ejecución del contrato (actas de visitas, informes de capacitación, actas de comités y otros que hagan parte de su gestión.</p>	<p>Se realizó el cargue de ACTAS DE ASISTENCIA TÉCNICA, actas de visitas e informes en el OneDrive para la revisión por parte de la referente del programa (Dra. Sixta Peñaloza).</p>
<p>16. Realizar todas aquellas actividades asignadas por el supervisor del contrato</p>	<p>En este periodo estuve atento a las necesidades que se presentaran por la supervisora del contrato.</p>

**NOTA:** *Se relacionan las actividades realizadas por el contratista durante el plazo de ejecución del contrato.*

**- 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)*

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

- **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.

- **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	1071527060	01/04/2025	\$ 804.400
2	1072190033	28/04/2025	\$ 804.400
3	1073046188	02/06/2025	\$ 804.400
4	1073679247	29/06/2025	\$ 804.400
	<u>SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS</u>		\$ 3.217.600

**(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, el día 7 de julio de 2025.



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



**FIRMA DEL CONTRATISTA**  
C.C.: 1044432890

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

## VALIDACIÓN PLANILLA DE PAGO



### Consulta de contratistas e independientes

Tipo de documento de identidad\*

Número de documento\*

Número de planilla\*

[Términos y Condiciones\\*](#)

Continuar →

Estado de planilla	Periodo de cotizacion	Pagó AFP	Pagó EPS	Pagó ARL
PAGADO	202506	SI	SI	SI

*En cumplimiento a la normatividad de Habeas Data (Ley 1581 del 2012 y Decreto 1377 del 2013) y Seguridad de la Información (Norma ISO 27.001:2013)*

*los valores o aportes pagados en las planillas PILA, solo pueden ser consultados por el titular de la información. Para validar la información de afiliación a las administradoras a las que se realizó el aporte le sugerimos consultar la información en la página del BDU o RUAF.*

**CERTIFICADO**

SIXTA PEÑALOZA PARRA- REFERENTE VIGILANCIA  
EN SALUD PÚBLICA. SUBSECRETARÍA DE SALUD  
PÚBLICA DEPARTAMENTAL SECRETARÍA DE SALUD  
DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO

NIT: 890.102.006 - 1

**CERTIFICA**

Que la Sra. (Sr.) Fabian Enrique Hurtado Leiva, identificada(o) con la C.C No. 1044432890, realizó en el periodo comprendido del 05 de junio de 2025 al 04 de julio del 2025, de acuerdo con el objeto del contrato de prestación de servicios No 202500998; PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES Y ACTIVIDADES QUE SE LLEVAN A CABO EN EL ÁREA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA, EN LOS 22 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO, en el Programa de Vigilancia en Salud Pública, las actividades que relaciona en el informe del mencionado periodo.

En constancia de lo anterior se firma el 07 de julio del 2025.

Cordialmente,



**SIXTA PEÑALOZA PARRA**  
Profesional Universitario  
Referente Vigilancia en Salud Pública  
Subsecretaría de Salud Pública  
Secretaría de Salud del Atlántico



**De:** Edgardo Efraín Gómez Barros <[egomez@atlantico.gov.co](mailto:egomez@atlantico.gov.co)>  
**Enviado:** jueves, 13 de marzo de 2025 8:23  
**Para:** Olinda Oñoro Jiménez <[oonoro@atlantico.gov.co](mailto: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](mailto:oonoro@atlantico.gov.co)>  
**Enviado:** miércoles, 12 de marzo de 2025 17:38  
**Para:** Edgardo Efraín Gómez Barros <[egomez@atlantico.gov.co](mailto:egomez@atlantico.gov.co)>  
**Cc:** Rosario Paola Hernández Herrera  
<[rhernandez@atlantico.gov.co](mailto:rhernandez@atlantico.gov.co)>; [contratacionopssaludpublica@gmail.com](mailto:contratacionopssaludpublica@gmail.com) <[contratacionopssaludpublica@gmail.com](mailto: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](mailto: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