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:	5
Contrato No:	202500851

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

Contratista:	KAREN ALICIA GARCERANT JIMENEZ		
Identificación:	1.042.432.081		
Tipo de Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
Nombre del Supervisor:	OLINDA OÑORO JIMÉNEZ		
Objeto del Contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA ACOMPANAR Y ASISTIR LAS ACCIONES, ACTIVIDADES Y PROCESOS OUE SE LLEVAN A CABO EN EL ÁREA DE VIGILANCIA EN 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)	202500313	**Fecha de C.D.P.**	2025/ 01/ 29
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	202501691	**Fecha del R.P.**	2025/ 03 /14
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
14-03-2025	13-09-2025		

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		**$ 19.200.000.00**
Adición No. 1		**$**
Adición No. 2		**$**
Adición No. 3		**$**
Valor Total del contrato		**$ 19.200.000.00**
Porcentaje del Anticipo	**%**	**$**
Porcentaje del Pago anticipado	**%**	**$**
Valor Amortizado del Anticipo		**$**
Valor Ejecutado del Contrato		**$ 16.000.000**
Valor por ejecutar		**$ 3.200.000**
Valor a pagar en el presente Informe		**$ 3.200.000**
No. Factura o Cuenta de Cobro		**5**

4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO

4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 14 DE JULIO AL 13 DE AGOSTO 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 encuestas de monitoreo en los municipios asignados durante la evaluación de coberturas de vacunación del Programa Ampliado de Inmunizaciones y apoyar la digitación de éstas. Para ello debe diligenciar de manera correcta todas las encuestas asignadas de acuerdo con los lineamientos dados por el Ministerio de Salud y Protección Social.	Durante la evaluación de coberturas de vacunación del Programa Ampliado de Inmunizaciones: • 17/07/2025 en el municipio de Baranoa . • 18/07/2025 en el municipio de Baranoa . • 21/07/2025 en el municipio de Suan . • 24/07/2025 en el municipio de Sabanalarga. • 25/07/2025 en el municipio de Sabanalarga 23/07/2025 se realiza digitación de formato encuestado del municipio de Baranoa 31/07/2025 se realiza digitación de formato encuestado del municipio de Baranoa 01/08/2025 se realiza digitación de formato encuestado del municipio de Baranoa 12/08/2025 apoyo a la consolidación de base del monitoreo de cobertura de vacunación
2.Hacer entrega al coordinador de la evaluación de coberturas de vacunación de los formatos diligenciados en un periodo no superior a un día después de finalizada la actividad.	Realice entrega de formatos diligenciado en el periodo de los municipios Baranoa, Suan, Sabanalarga.
3.Realizar encuestas durante el desarrollo de la búsqueda activa comunitaria en los municipios asignados y/o ante la presencia de brotes o casos que requieran su realización, para ello deberá diligenciar la información en los formatos establecidos para tal fin y	En este periodo no se realizó esta actividad

entregarlos completamente diligenciados a la profesional asignada para la coordinación de la actividad.	
4. Apoyar la Vigilancia Basada en Comunidad en los municipios asignados y diligenciar matriz semanal de reporte en los formatos asignados para tal fin.	En este periodo se realizan las siguientes asistencias técnicas: •El 11/08/2025 en el municipio de campo de la cruz Se asiste a las siguientes reuniones de retroalimentación en las actividades del equipo de apoyo basado en la comunidad : • 22/07/2025 en las oficinas de subsecretaria de salud departamental. • 28/07/2025 en las oficinas de subsecretaria de salud departamental. • 29/07/2025 en las oficinas de subsecretaria de salud departamental. • 30/07/2025 en las oficinas de subsecretaria de salud departamental
5.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.	Se realiza las actas y se envían a los supervisores correspondientes para dar por sentado las gestiones que se realizan en los municipios asignaros (campo de la cruz
6.Apoyar las acciones realizadas en la Subsecretaría de Salud Pública, de acuerdo con programación realizada por el área.	Se apoya en los entrenamientos para vigilancia basada en comunidad en los vigías y gestores • 15/07/2025 apoyo de entrenamiento de vigías y gestores de cada municipios del atlántico • 16/07/2025 apoyo de entrenamiento de vigías y gestores de cada municipios del atlántico • 04/08/2025 se apoya al entrenamiento de vigía y gestores de soledad • 05/08/2025 se apoya al entrenamiento de vigía y gestores de soledad • 06/08/2025 se apoya al entrenamiento de vigía y gestores de soledad
7.Subir a la carpeta de OneDrive, con frecuencia semanal, todos los soportes que evidencien el avance en la ejecución del contrato y finalizado el periodo mensual subirá el informe escrito donde relacione los avances de cada actividad contratada.	Se cargan los insumos al supervisor en la carpeta OneDrive de las actividades realizadas
8. Realizar todas aquellas actividades que sean asignadas por el supervisor del contrato.	Se cumplió con lo establecido en este ítem.

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	1071773524	07/04/2024	$ 264.400
2	1071774894	07/05/2025	$440.500
3	1072823479	21/05/2025	$440,500
4	1072862463	24/06/2025	$440,500
5	1073541165	21/07/2025	$ 440.500
	SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS		$ 2.026,400

(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 15 días del mes de agosto de 2025

FIRMA DEL SUPERVISOR
SP2026595
OLINDA ONORO JIMÉNEZ
C.C.: 32.834.196 de Baranoa

Karen Garcerant Jimenez
FIRMA DEL CONTRATISTA
KAREN GARCERANT JIMENEZ
C.C: (1.042.432.081) de (Soledad

VALIDACION PLANILLA

Simple

Gestionamos tu planilla de seguridad social

Tipo de documento de identidad*

Cédula de ciudadanía

Número de documento*

1042432081

Número de planilla*

1073541165

Términos y Condiciones*

Estado de planilla	Periodo de cotizacion	Pagó AFP	Pagó EPS	Pagó ARL
PAGADO	202507	SI	SI	SI

CERTIFICACIÓN

Yo, **SIXTA TULIA PEÑALOZA PARRA,** identificada con cédula de ciudadanía N° 26689555 de Aracataca, bajo el cargo de referente de vigilancia epidemiológica de la subsecretaría de salud pública del departamento del Atlántico, certifico: que la contratista, **KAREN GARCERANT JIMENEZ**, identificada con cédula de ciudadanía N° CC1.042.432.081; cumplió con las actividades suscritas en el contrato N° **202500851**; de fecha 14 de marzo de 2025, en el periodo comprendido del 14 de julio al 13 de agosto de 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.Realizar encuestas de monitoreo en los municipios asignados durante la evaluación de coberturas de vacunación del Programa Ampliado de Inmunizaciones y apoyar la digitación de éstas. Para ello debe diligenciar de manera correcta todas las encuestas asignadas de acuerdo con los lineamientos dados por el Ministerio de Salud y Protección Social.	Se realizó encuestas de monitoreo en los municipios asignados durante la evaluación de coberturas de vacunación del Programa Ampliado de Inmunizaciones: • 17/07/2025 en el municipio de Baranoa. • 18/07/2025 en el municipio de Baranoa. • 21/07/2025 en el municipio de Suan . • 24/07/2025 en el municipio de Sabanalarga. • 25/07/2025 en el municipio de Sabanalarga 23/07/2025 se realiza digitación de formato encuestado del municipio de Baranoa 31/07/2025 se realiza digitación de formato encuestado del municipio de Baranoa 01/08/2025 se realiza digitación de formato encuestado del municipio de Baranoa 12/08/2025 apoyo a la consolidación de base del monitoreo de cobertura de vacunación
2.Hacer entrega al coordinador de la evaluación de coberturas de vacunación de los formatos diligenciados en un periodo no superior a un día después de finalizada la actividad.	Realice entrega de formatos diligenciado en el periodo de los municipios Baranoa, Suan, Sabanalarga.
3.Realizar encuestas durante el desarrollo de la búsqueda activa comunitaria en los municipios asignados y/o ante la presencia de brotes o casos que requieran su realización, para ello deberá	En este periodo no se realizó esta actividad

diligenciar la información en los formatos establecidos para tal fin y entregarlos completamente diligenciados a la profesional asignada para la coordinación de la actividad.	
4. Apoyar la Vigilancia Basada en Comunidad en los municipios asignados y diligenciar matriz semanal de reporte en los formatos asignados para tal fin.	En este periodo se realizan las siguientes asistencias técnicas: •El 11/08/2025 en el municipio de campo de la cruz . Se asiste a las siguientes reuniones de retroalimentación en las actividades del equipo de apoyo basado en la comunidad : • 22/07/2025 en las oficinas de subsecretaria de salud departamental. • 28/07/2025 en las oficinas de subsecretaria de salud departamental. • 29/07/2025 en las oficinas de subsecretaria de salud departamental. • 30/07/2025 en las oficinas de subsecretaria de salud departamental
5.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.	Se realiza las actas y se envían a los supervisores correspondientes para dar por sentado las gestiones que se realizan en los municipios asignaros (campo de la cruz)
6.Apoyar las acciones realizadas en la Subsecretaría de Salud Pública, de acuerdo con programación realizada por el área.	Se apoya en los entrenamientos para vigilancia basada en comunidad en los vigías y gestore • 15/07/2025 apoyo de entrenamiento de vigías y gestores de cada municipio del atlántico • 16/07/2025 apoyo de entrenamiento de vigías y gestores de cada municipio del atlántico • 04/08/2025 se apoya al entrenamiento de vigía y gestores de soledad • 05/08/2025 se apoya al entrenamiento de vigía y gestores de soledad • 06/08/2025 se apoya al entrenamiento de vigía y gestores de soledad
7.Subir a la carpeta de OneDrive, con	Se cargan los insumos al supervisor en la

frecuencia semanal, todos los soportes que evidencien el avance en la ejecución del contrato y finalizado el periodo mensual subirá el informe escrito donde relacione los avances de cada actividad contratada.	carpeta OneDrive de las actividades realizadas
8. Realizar todas aquellas actividades que sean asignadas por el supervisor del contrato.	Se cumplió con lo establecido en este ítem.

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 (14), días del mes de agosto de 2025.



SIXTA TULIA PEÑALOZA PARRA
Profesional Universitario
Referente Vigilancia en Salud Pública
Subsecretaria de Salud Pública
Secretaria 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