Informe de Supervisión No:	1
Contrato No:	202501827

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

Contratista:	CARLOS ANDRES BUENDIA BARRIOS		
Identificación:	1.048.211.228		
Tipo de Contrato:	PRESTACIÓN 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 DIMENSION VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DESARROLLADAS POR LA SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA EN LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.		
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)	**202501431**	**Fecha de C.D.P.**	2025/05/23
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	**202504128**	**Fecha del R.P.**	2025/06/25

Valor del Contrato

Contrato Inicial	$ 21.300.000
Adición 1	$
Adición 2	$
Adición 3	$
Total	$ 21.300.000

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

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		**$21.300.000**
Adición No. 1		**$**
Adición No. 2		**$**
Adición No. 3		**$**
Valor Total del contrato		**$21.300.000**
Porcentaje del Anticipo	**%**	**$**
Porcentaje del Pago anticipado	**%**	**$**
Valor Amortizado del Anticipo		**$**
Valor Ejecutado del Contrato		**$ 2.100.000**
Valor por ejecutar		**$19.200.000**
Valor a pagar en el presente Informe		**$ 2.100.000**
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**
Brindar apoyo en la preparación y realización de las intervenciones químicas con adulcidas, de acuerdo a la programación establecida que le sea indicada y garantizando el uso de elementos de protección personal de manera permanente.	Actividad no programada
Garantizar las medidas de seguridad propias y de la comunidad antes y durante la intervención química, realizar educación a la comunidad sobre las medidas de seguridad posteriores a la intervención.	Actividad no programada
Brindar apoyo en la participación técnica de la mezcla de los insecticidas y la calibración de las máquinas fumigadoras, para garantizar la efectividad, operatividad de esta, garantizando el correcto y racional uso del insecticida	Actividad no programada
Brindar apoyo en la realización de los bloqueos de los casos de Dengue que se presenten en los municipios del departamento del Atlántico y que le sean indicados por el Programa ETV y Zoonosis.	Actividad no programada

Brindar apoyo en el buen uso del equipo de fumigación y la seguridad del mismo.	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.	TEMAS DE INDUCCIÓN O RE-INDUCCIÓN A continuación, se listan los temas que se trataron y/o desarrollaron en la Inducción o Reinducción 1. Presentación líder programa o dimensión 2. Información General de la Entidad. • Política de la entidad. • Objetivos, metas e informes • Reporte de Incidentes y Accidentes de Trabajo - Incapacidad Médica. • Proceso de cuenta de cobro, pago de seguridad social y documentos soportes. 3. Aspectos y Generalidades Obligaciones y Responsabilidades • Obligaciones del empleador. • Obligaciones del líder del programa o dimensión y/o supervisor • Responsabilidades de los trabajadores ante la entidad. 4. Otros temas • Capacitación en biología del Aedes, aegypti y control vectorial • Correcto diligenciamiento de formatos como: formularios de visitas domiciliarias de inspección y capacitación para la prevención de factores de riesgo de las ETV- Grupos de sistemas • Tipos de planillas • Diligenciamiento de planillas • Errores frecuentes en el diligenciamiento de formatos de trabajo • Motivos de devolución de planillas • Capacitación sobre Mosquito • Capacitación sobre inspección de tanques, hsvrt bloqueo. Por medio del presente informe dejo constancia que recibí información relacionada anteriormente en la subsecretaria de salud pública/Gobernación del Atlántico. También, que se me informó sobre los peligros y riesgos a los que estaré expuesto en el desarrollo de mis actividades; así como, de las medidas de intervención implementadas por la Entidad para prevenir o mitigar las consecuencias a la exposición de los mismos. A partir de la fecha expreso mi compromiso con el cumplimiento de las políticas, objetivos y

	metas establecidas por la entidad y con las funciones y responsabilidades que me han sido asignadas, así mismo, mi compromiso en participar en las actividades de capacitación, en las de promoción y prevención en salud y de todas las directamente relacionadas al SG-SST y a las actividades contractuales o designadas por el supervisor
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 metodología o del medio a través del cual se recolecte la información según las indicaciones del Programa.	Actividad no programada
Participar en las reuniones convocadas por el Programa	Actividad no programada
Realizar informe mensual de actividades.	Se realizó informe mensual de actividades del periodo reportado.

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	1073956219	2025/07/16	$102.900
	SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS		**$102.900**

(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 23 días del mes de julio de 2025.

FIRMA DEL SUPERVISOR
C.C.: 32.834.196 de Baranoa

FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C.: 1.048.211.228 de Baranoa

VALIDACION PLANILLA PAGADA- CARLOS ANDRES BUENDIA BARRIOS

CERTIFICACIÓN

Yo, **NELLY ELIANA BOLAÑOS BOLAÑOS,** identificada con cédula de ciudadanía No 25.279.330 de Popayán (Cauca), bajo el cargo de profesional universitario, de la Subsecretaría de Salud Pública del departamento del Atlántico, certifico que el contratista, CARLOS ANDRES BUENDIA BARRIOS, identificado con cedula de ciudadanía N° CC1.048.211.228; cumplió con las actividades suscritas en el contrato N° 202501827; de fecha 25 de junio de 2025, en el periodo comprendido del 25 de junio al 30 de junio 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**
Brindar apoyo en la preparación y realización de las intervenciones químicas con adulcidas, de acuerdo a la programación establecida que le sea indicada y garantizando el uso de elementos de protección personal de manera permanente.	Actividad no programada
Garantizar las medidas de seguridad propias y de la comunidad antes y durante la intervención química, realizar educación a la comunidad sobre las medidas de seguridad posteriores a la intervención.	Actividad no programada
Brindar apoyo en la participación técnica de la mezcla de los insecticidas y la calibración de las máquinas fumigadoras, para garantizar la efectividad, operatividad de esta, garantizando el correcto y racional uso del insecticida	Actividad no programada
Brindar apoyo en la realización de los bloqueos de los casos de Dengue que se presenten en los municipios del departamento del Atlántico y que le sean indicados por el Programa ETV y Zoonosis.	Actividad no programada
Brindar apoyo en el buen uso del equipo de fumigación y la seguridad del mismo.	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.	TEMAS DE INDUCCIÓN O RE-INDUCCIÓN A continuación, se listan los temas que se trataron y/o desarrollaron en la Inducción o Reinducción 1. Presentación líder programa o dimensión 2. Información General de la Entidad. • Política de la entidad. • Objetivos, metas e informes • Reporte de Incidentes y Accidentes de Trabajo - Incapacidad Médica. • Proceso de cuenta de cobro, pago de seguridad social y documentos soportes.

	3. Aspectos y Generalidades Obligaciones y Responsabilidades • Obligaciones del empleador. • Obligaciones del líder del programa o dimensión y/o supervisor • Responsabilidades de los trabajadores ante la entidad. 4. Otros temas • Capacitación en biología del Aedes, aegypti y control vectorial • Correcto diligenciamiento de formatos como: formularios de visitas domiciliarias de inspección y capacitación para la prevención de factores de riesgo de las ETV- Grupos de sistemas • Tipos de planillas • Diligenciamiento de planillas • Errores frecuentes en el diligenciamiento de formatos de trabajo • Motivos de devolución de planillas • Capacitación sobre Mosquito • Capacitación sobre inspección de tanques, hsvrt bloqueo. Por medio del presente informe dejo constancia que recibí información relacionada anteriormente en la subsecretaria de salud pública/Gobernación del Atlántico. También, que se me informó sobre los peligros y riesgos a los que estaré expuesto en el desarrollo de mis actividades; así como, de las medidas de intervención implementadas por la Entidad para prevenir o mitigar las consecuencias a la exposición de los mismos. A partir de la fecha expreso mi compromiso con el cumplimiento de las políticas, objetivos y metas establecidas por la entidad y con las funciones y responsabilidades que me han sido asignadas, así mismo, mi compromiso en participar en las actividades de capacitación, en las de promoción y prevención en salud y de todas las directamente relacionadas al SG-SST y a las actividades contractuales o designadas por el supervisor

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 (21), días del mes de julio de 2025.

NELLY ELIANA BOLAÑOS BOLAÑOS
Profesional Universitario
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