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

| | |
|---|---|
| **Informe de Supervisión No:** | 07 |
| **Contrato No:** | 202501306 |

## 1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contratista:** | DANIEL ENRIQUE CABARCAS MARIN | | |
| **Identificación:** | 7207862 | | |
| **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 | | |
| **Plazo de Ejecución:** | El plazo para la ejecución del contrato será de ocho (8) meses, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución. | | |
| **Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)** | **202500846** | **Fecha de C.D.P.** | 05/03/2025 |
| **Número de Registro Presupuestal (R.P.)** | **202502311** | **Fecha del R.P.** | 03/04/2025 |

| | | |
|---|---|---|
| **Valor del Contrato** | **Contrato Inicial** | $ 38.400.000 |
| | **Adición 1** | $ |
| | **Adición 2** | $ |
| | **Adición 3** | $ |
| | **Total** | $ 38.400.000 |

| Fecha de inicio del contrato | Fecha de terminación del contrato | Fecha de Suspensión del contrato | Fecha de reinicio |
|---|---|---|---|
| **03/04/2025** | **2/12/2025** | | |

### 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** | | **$ 38.400.000** |
| **Adición No. 1** | | **$** |
| **Adición No. 2** | | **$** |
| **Adición No. 3** | | **$** |
| **Valor Total del contrato** | | **$ 38.400.000** |
| **Porcentaje del Anticipo** | **%** | **$** |
| **Porcentaje del Pago anticipado** | **%** | **$** |
| **Valor Amortizado del Anticipo** | | **$** |
| **Valor Ejecutado del Contrato** | | **$ 33.600.000** |
| **Valor por ejecutar** | | **$ 4.800.000** |
| **Valor a pagar en el presente Informe** | | **$ 4.800.000** |
| **No. Factura o Cuenta de Cobro** | | **07** |

**4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO**

**4.1 ERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 03 DE SEPTIEMBRE AL 2 DE OCTUBRE DE 2025. (No aplica para personas jurídicas – No establecer periodo)**

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 el consolidado mensual del consumo de MCE franja violeta en su jurisdicción, dentro de los 30 días calendario siguiente de recibir la información de los establecimientos farmacéuticos, IPS inscritos en su jurisdicción, diferenciando el consumo humano del veterinario conforme al formato del anexo 13 y 2 de la presente resolución. | En el periodo del 03/10/2025 al 2/11/2025 e implementado la herramienta para la consolidación de la información de forma automática, que nos permite agilizar los procesos.<br>Anexo: Evidencias Octubre 2025 |
| 2 Realizar informe de Gestión mensual de las actividades desarrollada. | En el periodo del 03/10/2025 al 2/11/2025 he estado consolidando la información para la realización del informe<br>Anexo: Evidencias Octubre 2025 |
| 3 Apoyar en la entrega de los recetarios oficiales | Se realizó entrega de recetarios a establecimientos durante el periodo del 03/10/2025 al 2/11/2025<br>Anexo: Evidencias Octubre 2025 |
| 4 Recibir de los establecimientos farmacéuticos los informes de medicamentos de control especial y monopolio del estado. | Se realizó entrega de recetarios a establecimientos durante el periodo del 03/10/2025 al 2/11/2025<br>Anexo: Evidencias Octubre 2025 |

| | |
|---|---|
| 5 Mantener actualizado el directorio de profesionales prescriptores de medicamentos de control especial en su jurisdicción e informar al Fondo Nacional de Estupefacientes del Ministerio de la Protección Social sobre las novedades. | En el periodo del 03/10/2025 al 2/11/2025 he estado consolidando la información para la realización del informe<br>Anexo: Evidencias Octubre 2025 |
| 6 Atención al Público. Consolidar y enviar la información relacionada con la compra y venta de medicamentos al SISMED en los tiempos establecido. | Atención al Público. Consolidar y enviar la información relacionada con la compra y venta de medicamentos al SISMED.<br>Se está consolidando la información que se debe presentar en el próximo trimestre.<br>Anexo: Evidencias Octubre 2025 |
| 7 Apoyar a la gestión de revisión tecnológica y actualización de los procesos del programa control de medicamentos y otras tecnologías. | Se realizaron todos los apoyos que se requirieron por parte de mi supervisor de contrato. |
| 8 Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor, con relación a su objeto contractual. | Se realizaron todos los apoyos que se requirieron por parte de mi supervisor de contrato. |

***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)** |
|---|---|---|---|
| 001 | 9485434732 | 2025/04/29 | $560,200 |
| 002 | 9486673172 | 2025/05/27 | $560,200 |
| 003 | 9488318330 | 2025/07/04 | $560,200 |
| 004 | 9488425344 | 2025/07/29 | $560,200 |
| 005 | 9491032460 | 2025/09/01 | $560,200 |
| 006 | 9492434882 | 2025/09/30 | $560,200 |
| 007 | 9493875471 | 2025/11/04 | $560,200 |
| | | | |
| | SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS | | $3.921.400 |

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

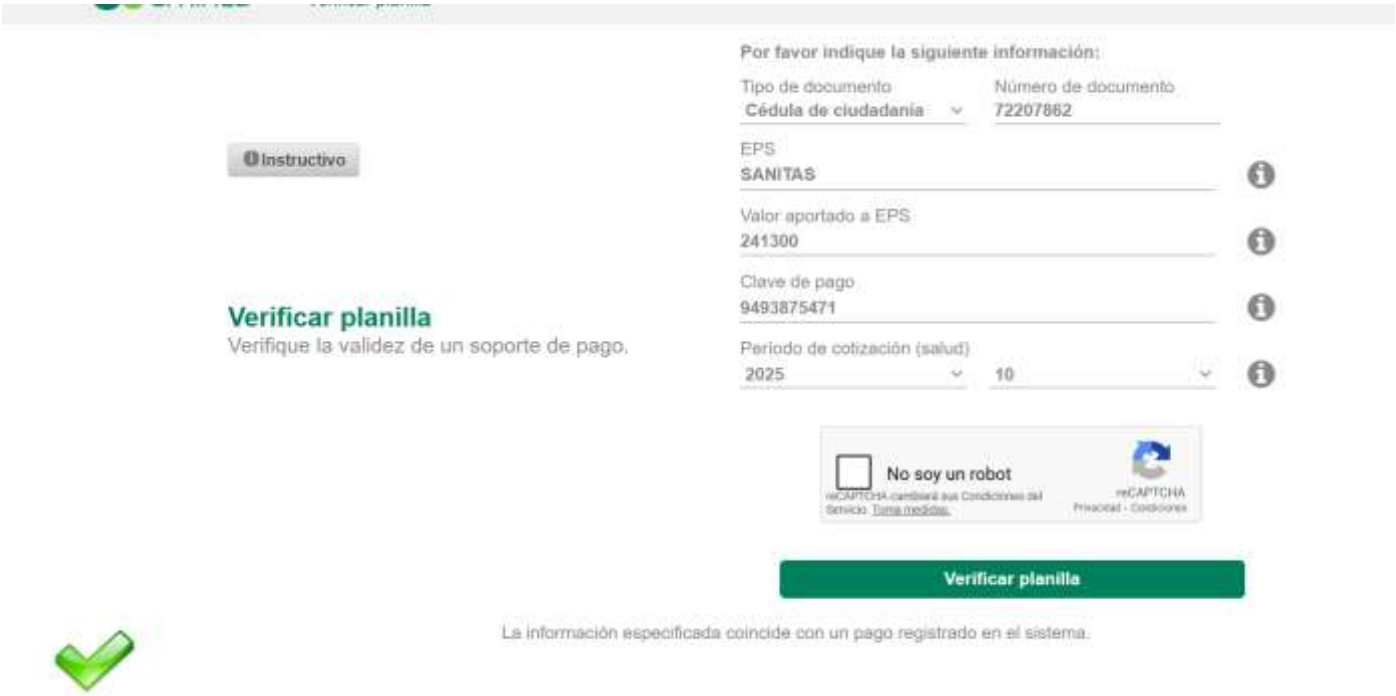
*NOTA: Aplica para persona natural. Para persona jurídica, anexar certificación del pago de planillas de Seguridad Social por parte del Representante Legal y/o Revisor Fiscal con los soportes asociados.*

se firma en barranquilla, a los 6 días del mes de noviembre de 2025.

**FIRMA DEL SUPERVISOR**
**C.C.: 32.834.196 de Baranoa**
SP2028580

**FIRMA DEL CONTRATISTA**
**C.C.: 72207862 de Barranquilla**

**VALIDACIÓN PLANILLA DE PAGO - DANIEL ENRIQUE CABARCAS MARIN**



# 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 de la subsecretaría de salud pública del departamento del Atlántico, certifico: que el contratista, **DANIEL ENRIQUE CABARCAS MARIN**, identificado con cedula de ciudadanía N° CC 722078602; cumplió con las actividades suscritas en el contrato N° 202501306; de fecha 15/04/2025, en el periodo comprendido del 03 de octubre de 2025 al 02 de noviembre 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 el consolidado mensual del consumo de MCE franja violeta en su jurisdicción, dentro de los 30 días calendario siguiente de recibir la información de los establecimientos farmacéuticos, IPS inscritos en su jurisdicción, diferenciando el consumo humano del veterinario conforme a la normatividad vigente | *En el periodo del 03/10/2025 al 02/11/2025 he implementado la herramienta para la consolidación de la información de forma automática, que nos permite agilizar los procesos.*<br>*Anexo:* Evidencias Octubre 2025 |
| **2** | Realizar informe de Gestión mensual de las actividades desarrolladas. | *En el periodo del 03/10/2025 al 02/11/2025 he estado consolidando la información para la realización del informe*<br>*Anexo:* Evidencias Octubre 2025 |
| **3** | Apoyar en la entrega de los recetarios oficiales | Se realizó entrega de recetarios a establecimientos durante *el periodo del 03/10/2025 al 02/11/2025*<br>Anexo: Evidencias Octubre 2025 |
| **4** | Recibir de los establecimientos farmacéuticos los informes de medicamentos de control especial y monopolio del estado. | Se realizo entrega de recetarios a establecimientos durante el periodo del *03/10/2025 al 02/11/2025*<br>Anexo: Evidencias Octubre 2025 |

| | | |
|---|---|---|
| **5** | Mantener actualizado el directorio de profesionales prescriptores de medicamentos de control especial en su jurisdicción e informar al Fondo Nacional de Estupefacientes del Ministerio de la Protección Social sobre las novedades. | *En el periodo del 03/10/2025 al 02/11/2025 he estado consolidando la información para la realización del informe*<br>*Anexo:* Evidencias Octubre 2025 |
| **6** | Atención al Público. Consolidar y enviar la información relacionada con la compra y venta de medicamentos al SISMED en los tiempos establecidos. | Atención al Público. Consolidar y enviar la información relacionada con la compra y venta de medicamentos al SISMED.<br>Se está consolidando la información que se debe presentar en el próximo trimestre.<br>Anexo: Evidencias Octubre 2025 |
| **7** | Apoyar a la gestión de revisión tecnológica y actualización de los procesos del programa control de medicamentos y otras tecnologías. | Se realizaron todos los apoyos que se requirieron por parte de mi supervisor de contrato. |
| **8** | Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor del contrato. | Se realizaron todos los apoyos que se requirieron por parte de mi supervisor de contrato. |

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

En constancia de lo anterior firmo el presente documento al (03), días del mes de noviembre 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