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

*los cuadros con la información del contrato y acta de inicio)*

<b>Informe de Supervisión No:</b>	<b>3</b>
<b>Contrato No:</b>	<b>202501164</b>

### 1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

<b>Contratista:</b>	MAURICIO ANDRES PRIETO SERGE		
<b>Identificación:</b>	1.043.014.422		
<b>Tipo de Contrato:</b>	PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
<b>Nombre del Supervisor:</b>	OLINDA OÑORO JIMÉNEZ		
<b>Objeto del Contrato:</b>	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES EMERGENTES, REMERGENTES Y DESATENDIDAS - TUBERCULOSIS, MEDIANTE LAS ACCIONES QUE LLEVA A CABO LA SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA EN LOS 22 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.		
<b>Plazo de Ejecución:</b>	El plazo para la ejecución será seis (6) meses, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.		
<b>Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)</b>	202500311	<b>Fecha de C.D.P.</b>	29/01/2025
<b>Número de Registro Presupuestal (R.P.)</b>	202501808	<b>Fecha del R.P.</b>	18/03/2025
<b>Valor del Contrato</b>	<b>Contrato Inicial</b>	\$28.800.000	
	<b>Adición 1</b>	\$	
	<b>Adición 2</b>	\$	
	<b>Adición 3</b>	\$	
	<b>Total</b>	\$ 28.800.000	
<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>
18/03/2025	17/09/2025		


### 1.1 MODIFICACIONES DEL CONTRATO

*(Relacionar Adiciones y/u Otro sí, Si aplica)*

DOCUMENTO	FECHA SUSCRIPCIÓN 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.*

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

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	\$ 28.800.000
Adición No. 1	\$
Adición No. 2	\$
Adición No. 3	\$
Valor Total del contrato	\$ 28.800.000
Porcentaje del Anticipo	% \$
Porcentaje del Pago anticipado	% \$
Valor Amortizado del Anticipo	\$
Valor Ejecutado del Contrato	\$ 14.400.000
Valor por ejecutar	\$ 14.400.000
Valor a pagar en el presente Informe	\$ 4.800.000
No. Factura o Cuenta de Cobro	3

### 4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO


#### 4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO 18 DE MAYO AL 17 DE JUNIO 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

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


<p><b>1. Integrar la gestión técnica, administrativa y del sistema de información del programa de tuberculosis en el departamento, con el fin de asegurar un sistema de información de calidad, que permita la Georreferenciación, caracterización social, grupos de riesgo y vulnerabilidad de los pacientes y sus contactos, para la focalización de intervenciones, así como la gestión efectiva de los medicamentos.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolidé información técnica, epidemiológica y administrativa para contar con un sistema unificado que facilitara el análisis de casos y el seguimiento de contactos.</li> <li>• Promoví la mejora continua de la calidad de los datos, realizando validaciones cruzadas entre las fuentes disponibles, y generando reportes que permitieran identificar errores o vacíos de información.</li> <li>• Se realizaron reuniones entre los equipos técnicos, administrativos y de sistemas de información para unificar criterios y asegurar la correcta integración de datos.</li> </ul>
<p><b>2. Recolección, consolidación, procesamiento garantizando completitud y oportunidad en la entrega de reportes nominales de TB sensible y de TB latente del trimestre de la vigencia en curso, y con cierres de casos ingresados de 6 – 9 meses antes trimestralmente, TB farmacorresistente histórico, Libro de contactos, caracterización de riesgo de no adherencia, Información de sintomáticos respiratorios y contactos condensada.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recopilé datos nominales de los distintos componentes del programa de TB, incluyendo TB sensible, TB latente, farmacorresistente y otros indicadores de seguimiento.</li> <li>• Consolidé la información garantizando completitud, consistencia y oportunidad, según los lineamientos establecidos por el programa.</li> <li>• Procesé la información para la generación de reportes trimestrales, asegurando cierres de casos conforme a los tiempos estipulados.</li> <li>• Sistematice la caracterización de riesgo de no adherencia, libro de contactos y sintomáticos respiratorios, organizando los datos en formatos estandarizados.</li> </ul>
<p><b>3. Tablero de control de SR e indicadores de gestión, epidemiológicos y de seguimiento.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolidé información técnica, epidemiológica y administrativa para contar con un sistema unificado que facilitara el análisis de casos y el seguimiento de contactos.</li> <li>• Verifico periódicamente la calidad de los datos y realizo ajustes técnicos para asegurar la visualización correcta y actualizada de los indicadores.</li> <li>• Acompañé al equipo técnico en el uso del tablero como herramienta para la toma de decisiones, brindando capacitaciones y soporte en su interpretación.</li> <li>• Realizo el ingreso periódico de los datos correspondientes a cada trimestre (T1, T2, T3 y T4), garantizando la precisión de la información reportada por las IPS y otras fuentes.</li> <li>• Aseguro la integridad y coherencia de los datos, validando su concordancia con reportes previos y</li> </ul>

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

	realizando ajustes cuando se identifican inconsistencias.
<p><b>4. Cruce registros de información nominal del PNCPT con reporte 813 SIVIGILA, Base de Laboratorio Departamental o Distrital de Salud Pública de reporte prueba molecular y cultivo, coordinando la completitud de las fuentes, verificando indicadores de acceso de prueba molecular, concordancia nominal, % TB/VIH, % comorbilidades y poblaciones, entre otras generando actas y coordinando ajustes desde vigilancia en salud pública y el programa.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lideré procesos de cruce de información entre las bases nominales del programa y las fuentes externas (SIVIGILA, pruebas moleculares, cultivo, entre otras), garantizando la concordancia entre registros.</li> <li>• Analicé indicadores de acceso a pruebas moleculares, concordancia nominal, % TB/VIH y presencia de comorbilidades.</li> <li>• Documenté hallazgos y acuerdos en actas, garantizando el seguimiento oportuno desde vigilancia en salud pública.</li> <li>• Establecí mecanismos periódicos para el seguimiento de los cruces de información, garantizando que las bases estuvieran alineadas entre sí y que se cumpliera con los criterios de completitud, oportunidad y calidad exigidos a nivel departamental y nacional.</li> </ul>
<p><b>5. Realizar reporte de información al nivel nacional 20 días calendario cumplido el trimestre a través del aplicativo transferencia archivos segura FTPS. En el cual se evalúa cumplimiento y oportunidad del cargue de los siguientes archivos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bases de datos de casos de tuberculosis sensible, ITBL del año en curso</li> <li>• Bases de reporte histórico de TB farmacorresistente.</li> <li>• Base con cierre de egreso en el tratamiento 6-9 meses retrospectivos.</li> <li>• Informe de gestión de indicadores</li> <li>• Base nominal de contactos</li> </ul> <p><b>(Se deberá realizar previa verificación de criterios de calidad, completitud en los formatos establecidos por el PNPCT, a cargo del referente líder departamental).</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordiné el proceso de cargue de información al aplicativo FTPS (File Transfer Protocol Seguro) del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (PNPCT), asegurando el cumplimiento estricto del cronograma nacional (20 días calendario posterior al cierre del trimestre).</li> <li>• Coordiné con el referente departamental del programa el proceso de aprobación final y envío de los archivos, asegurando la trazabilidad del envío y dejando evidencia del cumplimiento mediante registros de radicación y confirmación de recepción.</li> <li>• Verifiqué previamente los criterios de calidad, completitud y formato establecidos por el PNPCT en cada uno de los archivos a reportar, incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Base nominal de casos de tuberculosis sensible del año en curso.</li> <li>• Base de datos de casos de TB latente (ITBL).</li> <li>• Base histórica de TB farmacorresistente.</li> <li>• Base con egresos de tratamiento con corte a 6-9 meses retrospectivos.</li> <li>• Base nominal de contactos.</li> <li>• Informe de gestión de indicadores.</li> </ul> </li> </ul>

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

<b>6. Propender por la publicación de indicadores del programa en espacios clave de la Institución, tales como la página web.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseñé mecanismos digitales para la visualización y publicación de los indicadores clave del programa de tuberculosis en los espacios institucionales estratégicos, como la página web oficial, intranet, y plataformas de información interna.</li> <li>• Generé paneles de visualización interactivos utilizando herramientas como Power BI o Excel avanzado, los cuales permiten a los tomadores de decisiones y al público institucional acceder de forma clara a cifras como: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Casos notificados por trimestre.</li> <li>- Grupos de riesgo.</li> <li>- Porcentaje de curación, tratamientos terminados, pérdida en el seguimiento y otros.</li> </ul> </li> </ul>
<b>7. Apoyar a la referente del programa en la realización de indicadores y presentaciones para su presentación en las diferentes reuniones.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brindé apoyo técnico y analítico a la referente del programa para la elaboración de indicadores epidemiológicos, de gestión y seguimiento del programa de tuberculosis, consolidando datos actualizados provenientes de diferentes fuentes del sistema de información.</li> <li>• Diseñé presentaciones institucionales claras, visuales y estructuradas, adaptadas a los diferentes públicos (equipos técnicos, directivos, entes de control), asegurando que la información transmitida permitiera tomar decisiones informadas.</li> <li>• Validé cada uno de los indicadores con la referente del programa, verificando la correcta interpretación de las cifras, los periodos analizados y las fuentes utilizadas, garantizando consistencia entre lo reportado y lo documentado en el sistema.</li> </ul>
<b>8. Demas actividades que permitan fortalecer el sistema de información</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifiqué oportunidades de mejora en la gestión del sistema de información del programa de tuberculosis, proponiendo e implementando ajustes técnicos para optimizar la calidad de los datos y la eficiencia en los procesos de captura, procesamiento y análisis.</li> <li>• Realicé mantenimiento y mejora continua a las bases de datos del programa, implementando reglas de validación, control de duplicidad, estandarización de campos, y fortaleciendo la</li> </ul>

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

	<p>estructura de almacenamiento para facilitar consultas ágiles y confiables.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementé respaldo automático y seguro de las bases de datos del programa en servidores institucionales, reduciendo el riesgo de pérdida de información sensible y mejorando la disponibilidad de los datos.</li> <li>• Colaboré en la transición de archivos físicos a formatos digitales, apoyando la digitalización, organización y nomenclatura técnica de documentos clave del programa para su integración al sistema institucional.</li> </ul>
<p><b>9. Realizar todas aquellas actividades que sean asignadas por el supervisor del contrato</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyé en la generación de informes técnicos, cuadros de mando, estadísticas y documentos de soporte requeridos para auditorías internas, entes de control o reuniones de seguimiento con entes territoriales y nacionales.</li> <li>• Atendí de manera oportuna y eficaz las solicitudes especiales del supervisor del contrato, priorizando las actividades según su urgencia y relevancia para el fortalecimiento del sistema de información del programa de tuberculosis.</li> <li>• Demostré flexibilidad y disposición para asumir funciones adicionales, garantizando el cumplimiento de los objetivos del programa y fortaleciendo el trabajo en equipo entre las áreas técnica, administrativa y de vigilancia.</li> </ul>

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


**1. 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)*

**2. 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

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

Y todas las demás obligaciones del contrato establecidas en los Estudios Previos, Anexos, y el Manual de Contratación.

**3. 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.

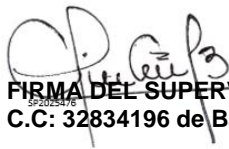
**7.1 ANEXO CONTROL DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL (\*)**

<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	4598547207	07/04/2025	\$557.300
2	4602615479	06/05/2025	\$557.300
3	4606730515	09/06/2025	\$557.300
	<u>SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS</u>		\$1.671.900

**(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 20 días del mes de junio de 2025.



**FIRMA DEL SUPERVISOR**  
C.C: 32834196 de Baranoa



**FIRMA DEL CONTRATISTA**  
C.C: 1.043.014.422

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

### VALIDACIÓN PLANILLA DE PAGO - MAURICIO ANDRES PRIETO SERGE

#### Datos del aportante:

Tipo de documento * <input type="text" value="Cédula de ciudadanía"/>	No. de documento * <input type="text" value="1043014422"/>
--------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------

Planillas disponibles para pago

Soportes de pago

Certificados por cotizante

Esta opción te permite generar los soportes de pago de tus planillas, creadas a través de nuestros canales de asesoría ó el portal transaccional, pagadas en puntos presenciales ó a través de PSE.

No. de planilla * <input type="text" value="4606730515"/>	Administradora de riesgos * <input type="text" value="14-11 - ARL SURA"/>
<input type="checkbox"/> No Cotizo ARL	
<input type="button" value="Buscar"/>	

#### Tus resultados:

No. Planilla	Tipo planilla	Valor pagado	Estado	Forma de presentación	Periodo liquidado	Enviar comprobante de pago	Soporte de pago
4606730515	I	\$557,300	PAGADA	ÚNICO	2025-05		



## CERTIFICACIÓN

Yo, **TERESITA MARIA MASTRODOMENICO MEDINA**, identificado con cedula de ciudadanía N° 22.637.194 de Sabanalarga, en mi calidad de referente del programa de Tuberculosis, certifico el cumplimiento de las actividades que le fueron asignadas por parte del supervisor, al (a) señor (a) **MAURICIO ANDRES PRIETO SERGE** identificado con cedula de ciudadanía N° **1.043.014.422**, suscritas en el contrato N° **202501164** de 2025, esto con la finalidad de que pueda gestionar su cuenta de cobro de dicho contrato correspondientes a las actividades realizadas en el periodo del 18 de mayo al 17 de junio de 2025.

La presente certificación se expide a los 20 días del mes de junio del 2025.

Cordialmente

**TERESITA MARIA MASTRODOMENICO MEDINA**

Referente Programa de Tuberculosis



**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