| | |
|---|---|
| **Informe de Supervisión No:** | 2 |
| **Contrato No:** | 202402441 |

## 1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contratista:** | MAIRETH ZULEIDYS FONTALVO FONTALVO | | |
| **Identificación:** | 1.047.348.066 | | |
| **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 ATLANTICO | | |
| **Plazo de Ejecución:** | *El plazo para la ejecución del contrato será de (2) meses, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.* | | |
| **Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)** | 202401575 | **Fecha de C.D.P.** | 2024 / 06 / 13 |
| **Número de Registro Presupuestal (R.P.)** | 202406465 | **Fecha del R.P.** | 2024 / 10 / 28 |

**Valor del Contrato**

| | |
|---|---|
| **Contrato Inicial** | $ 4.200.000 |
| **Adición 1** | $ |
| **Adición 2** | $ |
| **Adición 3** | $ |
| **Total** | $ 4.200.000 |

| Fecha de inicio del contrato | Fecha de terminación del contrato | Fecha de Suspensión del contrato | Fecha de reinicio |
|---|---|---|---|
| 28/10/2024 | 27/12/2024 | | |

### 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** | | **$**4.200.000 |
| **Adición No. 1** | | **$** |
| **Adición No. 2** | | **$** |
| **Adición No. 3** | | **$** |
| **Valor Total del contrato** | | **$**4.200.000 |
| **Porcentaje del Anticipo** | **%** | **$** |
| **Porcentaje del Pago anticipado** | **%** | **$** |
| **Valor Amortizado del Anticipo** | | **$** |
| **Valor Ejecutado del Contrato** | | **$**4.200.000 |
| **Valor por ejecutar** | | **$**0 |
| **Valor a pagar en el presente Informe** | | **$**2.100.000 |
| **No. Factura o Cuenta de Cobro** | | **2** |

**4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO**

**4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DE NOVIEMBRE A DICIEMBRE DE 2024.**

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 el alistamiento y distribución de insumos, papelería y equipos, la elaboración, revisión y consolidación diaria de inventarios y kardex de los biológicos, insumos y equipos del Programa ETV y Zoonosis | En este periodo no se realizara esta actividad |
| . Brindar apoyo en la ejecución de actividades de educación integral dirigida a la comunidad general, educativa, líderes comunitarios, entre otros, en los factores de riesgo para la prevención de las Zoonosis y las ETV y Tenencia responsable de animales de compañía | Se realizarán charlas educativas a la comunidad en el Municipio de Polonuevo en la prevención de los factores de riesgo de las ETV en los barrios Villa Esperanza<br>-Cementerio<br>-La Paz<br>-Pitalito<br>-Almendros |
| Brindar apoyo en la organización y ejecución de las actividades de participación comunitaria que se programen (recolección de inservibles, actividades de educación, comunicación, información, entretenimiento). | En este periodo no se realizara esta actividad |

| | |
|---|---|
| Brindar apoyo en la consecución semanal de la notificación de eventos de interés del Programa ETV y Zoonosis, en las Secretarías de Salud Municipales, cuando sea requerido. | En este periodo no se realizara esta actividad |
| Brindar apoyo en la atención integral de peticiones, quejas y reclamos, brotes y/o emergencias inherentes al Programa ETV y Zoonosis | En este periodo no se realizara esta actividad |
| Brindar apoyo en la realización y actualización del diagnóstico sanitario de los sujetos priorizados, en los instrumentos diseñados por la Entidad para tal fin. | En este periodo no se realizara esta actividad |
| Brindar apoyo en el levantamiento del diagnóstico de las viviendas, a través de tres visitas, en la primera se establece el objetivo conductual a trabajar y en la cual socializa las respectivas recomendaciones a la comunidad, la segunda es de verificación de cumplimiento y la tercera obedece al seguimiento final para medir el impacto de las primeras dos visitas, las visitas integrales a las viviendas asignadas, tienen como meta mínima 30 viviendas diarias. | Se inspeccionarán 30viviendas diarias para realizar actividades que nos permitan identificar los factores de<br>riesgo que afecten a la población en los barrios del Municipio de Polonuevo<br>-Pereque<br>-Nuevo Horizonte<br>-La Victoria<br>-Paraiso<br>-El Golf<br>-Pradito<br>-avianca<br>-Brisas de la Loma<br>-Buenos Aires<br>-El Carmen<br>-San Jose |
| Brindar apoyo al control de vectores y eliminación de focos cuando se requiera, de acuerdo con los lineamientos señalados por el Programa ETV y Zoonosis. | Se realizará el control y eliminación de vectores de acuerdo a los lineamientos señalados aplicación de Control químico |
| Brindar apoyo en la coordinación de actividades a ejecutar con las Secretarías de Salud Municipales y/o IPS y/o EAPB de los municipios del Departamento | En este periodo no se realizara esta actividad |
| Realizar el diligenciamiento completo y con letra legible de las planillas, formatos y actas que soportan la ejecución de las actividades del Programa ETV y Zoonosis. | Se realizara el diligenciamiento de las planillas de acuerdo a las instrucciones impartidas |
| Brindar apoyo en la entrega diaria de las planillas que soportan la ejecución de las actividades y los consolidados de las actividades ejecutadas, a los profesionales de apoyo a la coordinación regional del Programa ETV y Zoonosis | Se realizara la entrega diariamente de las planillas diligenciadas correctamente al supervisor de campo para su posterior revisión y digitalización |
| Participar en las reuniones convocadas por el Programa ETV y Zoonosis. | En este periodo no se realizara esta actividad |
| Brindar apoyo en la organización del archivo físico del Programa ETV y Zoonosis, según los lineamientos de gestión documental de la Gobernación | En este periodo no se realizara esta actividad |
| Realizar informe mensual de actividades | Se realizara informe mensual de actividades,enviándoselas al supervisor por correo electrónico |

**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.

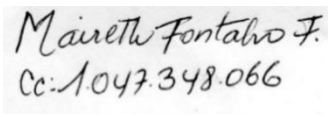
7.1 **ANEXO CONTROL DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL (*)**

| Número de la Cuenta de Cobro | Número de la Planilla | Fecha de Pago Planilla | Valor Total de la Planilla (sin intereses) |
|---|---|---|---|
| 1 | 9477717119 | 22/11/2024 | 402,200 |
| 2 | 9477702159<br>9477702077 | 22/11/2024<br>22/11/2024 | 402,200<br>402,200 |
| | SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS | | 1,206,600 |

**(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.*

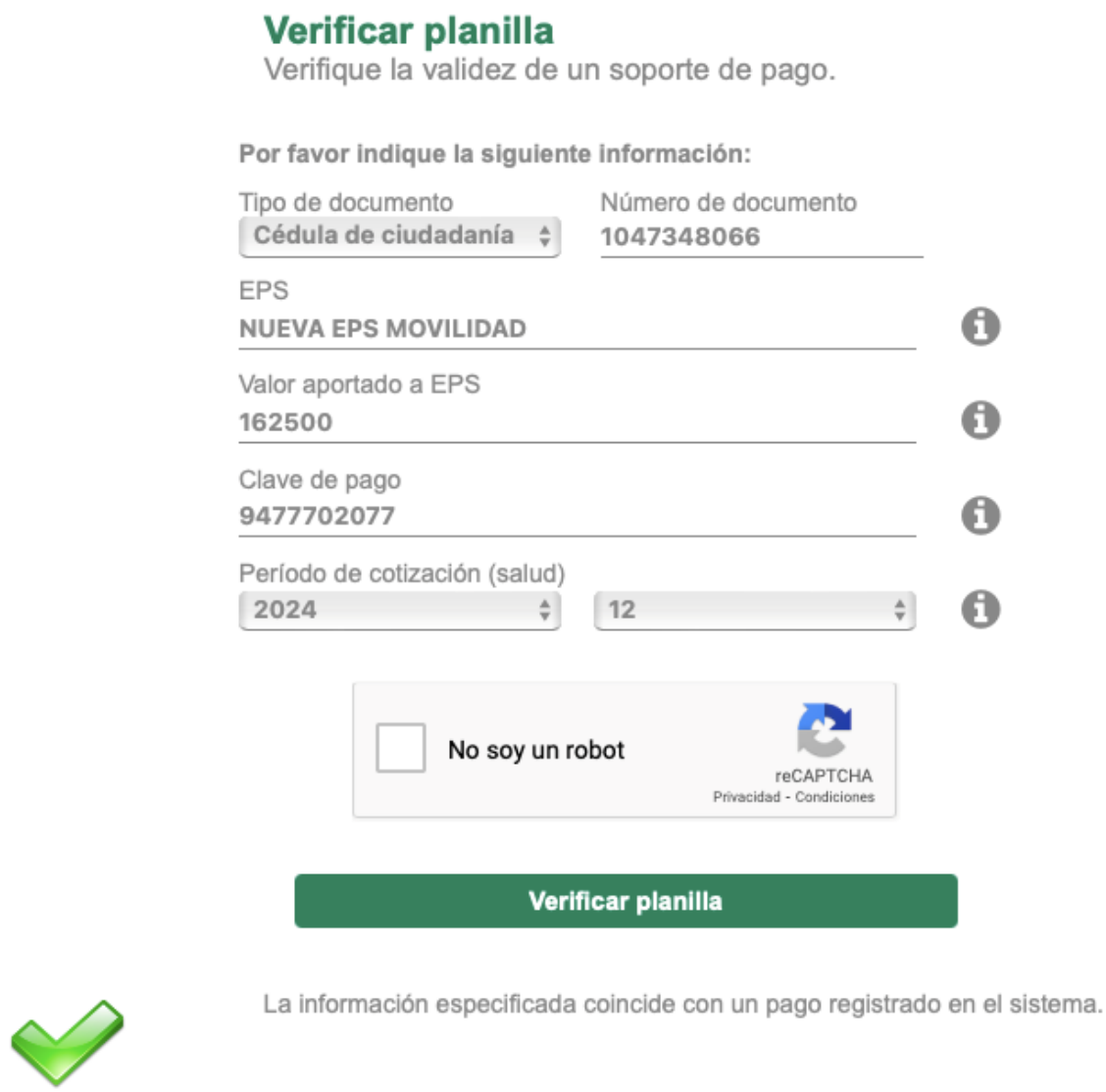
se firma en barranquilla, en el mes de diciembre de 2024.




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

**FIRMA DEL CONTRATISTA**
**MAIRETH ZULEIDYS FONTALVO FONTALVO**
**C.C.: 1.047.348.066 de Sabanagrande**

## VALIDACION DE PLANILLA



Gmail olinda Oñoro <subsecretariadesaludatlantico@gmail.com>

# RV: AUTORIZACIÓN FIRMA DIGITAL

1 mensaje

**Olinda Oñoro Jiménez** <oonoro@atlantico.gov.co> 8 de abril de 2024, 10:49 a.m.
Para: "subsecretariadesaludatlantico@gmail.com" <subsecretariadesaludatlantico@gmail.com>

---

**De:** Edgardo Efraín Gómez Barros <egomez@atlantico.gov.co>
**Enviado:** viernes, 5 de abril de 2024 13:17
**Para:** Olinda Oñoro Jiménez <oonoro@atlantico.gov.co>
**Asunto:** RE: AUTORIZACIÓN FIRMA DIGITAL

Solicitud atendida

**EDGARDO E. GOMEZ BARROS**
Subsecretario de Contabilidad
**SECRETARÍA DE HACIENDA**
**GOBERNACION DEL ATLANTICO**

---

**De:** Olinda Oñoro Jiménez <oonoro@atlantico.gov.co>
**Enviado:** martes, 2 de abril de 2024 12:32
**Para:** Edgardo Efraín Gómez Barros <egomez@atlantico.gov.co>
**Cc:** subsecretariadesaludatlantico@gmail.com <subsecretariadesaludatlantico@gmail.com>
**Asunto:** AUTORIZACIÓN FIRMA DIGITAL

Doctor
**EDGARDO GÓMEZ BARROS**
Subsecretario de Contabilidad

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 Subsecretaria de Salud Pública del Departamento del Atlántico.

Quedo atenta a cualquier duda que tengas al respecto.

Atentamente,

Olinda Oñoro Jiménez
Subsecretaria de salud Departamental.

Barranquilla, 22-03-2024

Doctor
**EDGARDO GÓMEZ BARROS**
Subsecretario de Contabilidad
**SECRETARÍA DE HACIENDA DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO**
egomez@atlantico.gov.co

**ASUNTO: UTILIZACIÓN DE FIRMA DIGITAL EN INFORMES DE GESTIÓN (RESPUESTA A CIRCULAR 20210740003173 DEL 16-11-2021)**

Cordial saludo.

La Subsecretaría de Salud Pública recibió la circular con radicado 20210740003173 del 16 de noviembre de 2021, por medio de la cual el Subsecretario de Contabilidad del Departamento del Atlántico informó lo siguiente:

> *"Por medio de la presente nos permitimos informar que a partir de la fecha el formato de INFORME DE GESTION DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR, debe tener firma manuscrita, en caso dado que el supervisor siga con la firma digital debe informar por correo electrónico a este despacho al correo egomez@atlantico.gov.co y cargar con la respectiva cuenta como adjunto al informe (…)".*

Dado lo anterior, me permito comunicarle que la Subsecretaría de Salud Pública del Departamento del Atlántico, continuará utilizando la firma digital[1] en los informes de gestión de Supervisión y/o Interventoría pendientes de la vigencia 2023 y los que se generarán en la presente vigencia 2024 hasta el mes de diciembre, para los contratistas cuyo supervisor sea la Subsecretaria de Salud Pública del Departamento del Atlántico.

Atentamente,

**OLINDA OÑORO JIMÉNEZ**
Subsecretaria de Salud Pública
Secretaría de Salud del Departamento del Atlántico

[1] **Ley 527 de 1999 - Artículo 28**
***"ARTICULO 28. ATRIBUTOS JURIDICOS DE UNA FIRMA DIGITAL.*** *Cuando una firma digital haya sido fijada en un mensaje de datos se presume que el suscriptor de aquella tenía la intención de acreditar ese mensaje de datos y de ser vinculado con el contenido del mismo.*
***PARAGRAFO.*** *El uso de una firma digital tendrá la misma fuerza y efectos que el uso de una firma manuscrita, si aquélla incorpora los siguientes atributos:*
*1. Es única a la persona que la usa.*
*2. Es susceptible de ser verificada.*
*3. Está bajo el control exclusivo de la persona que la usa.*
*4. Está ligada a la información o mensaje, de tal manera que si éstos son cambiados, la firma digital es invalidada.*
*5. Está conforme a las reglamentaciones adoptadas por el Gobierno Nacional".*