

 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:	1
Contrato No:	202401829

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

Contratista:	ANGIE PAOLA DE LA ROSA LOBO		
Identificación:	1047233599		
Tipo de Contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS		
Nombre del Supervisor:	OLINDA OÑORO		
Objeto del Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS QUE SE LLEVAN A CABO EN LA SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA EN ATENCION A LA SALUD MENTAL DE LA POBLACION DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO		
Plazo de Ejecución:	El plazo para la ejecución del contrato será de (03) meses, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.		
Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	202402214	Fecha de C.D.P.	14/08/2024
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	202404759	Fecha del R.P.	05/09/2024
Valor del Contrato			
	Contrato Inicial	\$ 15.000.000	
	Adición 1	\$	
	Adición 2	\$	
	Adición 3	\$	
	Total	\$ 15.000.000	
Fecha de inicio del contrato	Fecha de terminación del contrato	Fecha de Suspensión del contrato	Fecha de reinicio
(2024-09-05)	(2024-12-31)		

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		

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

			Responsabilidad Civil Extracontractual		
			Otros		

3. ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO (*)

DESCRIPCIÓN		VALOR
Valor del Contrato Inicial		\$ 15.000.000
Adición No. 1		\$
Adición No. 2		\$
Adición No. 3		\$
Valor Total del contrato		\$ 15.000.000
Porcentaje del Anticipo	\$	\$
Porcentaje del Pago anticipado	\$	\$
Valor Amortizado del Anticipo		\$
Valor Ejecutado del Contrato		\$ 3.000.000
Valor por ejecutar		\$ 12.000.000
Valor a pagar en el presente Informe		\$ 3.000.000
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 5 SEPTIEMBRE AL 30 DE SEPTIEMBRE 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 psicosocial presencial, virtual o telefónico al 100% de las solicitudes, a través de la línea de atención para la orientación e intervención en crisis en violencia intrafamiliar, suicidio, consumo de sustancias psicoactivas y salud mental	100% de casos atendidos en la línea de atención en salud mental departamental, brindando apoyo psicosocial presencial, virtual y telefónico a las solicitudes recibidas vía llamadas, mensajes, correo electrónico y a través de WhatsApp, para la orientación psicológica, primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis en ideación suicida, violencia intrafamiliar, suicidio, consumo de sustancias psicoactivas y otras problemáticas de salud mental.
Recibir llamadas de casos que ameriten atención en Salud Mental con énfasis en suicidio, y realizar primeros auxilios psicológicos, intervención inicial y orientación.	Se atienden llamadas en la línea de salud mental con diferentes motivos de consulta como lo son: ideación suicida, intento de suicidio, depresión, ansiedad, duelos, entre otros; realizando los primeros auxilios psicológicos, intervención inicial y orientación
Hacer acompañamiento a los casos según cada uno lo amerite (de intento de suicidio y otras problemáticas de Salud Mental).	100% de casos atendidos en la línea de atención en salud mental departamental, brindando acompañamiento psicológico, según cada uno lo

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

	amerite (de intento de suicidio y otras problemáticas de Salud Mental).
Realizar seguimientos y acompañamiento psicológico a los casos según cada uno lo amerite (de intento de suicidio y otras problemáticas de Salud Mental).	Se realizar seguimientos y acompañamiento psicológico a los casos según cada uno lo ameriten (de intento de suicidio y otras problemáticas de Salud Mental).
Diligenciar los registros requeridos.	Registros de pacientes de nuevo ingreso diligenciados a través de una sabana de datos en Google drive.
Presentar informes que se requieran.	Registros de actividades y gestiones diarias realizadas a través de cuadro de entrega de turnos.
Seguimiento a los casos de intento de suicidio reportados en el Sivigila en el Departamento del Atlántico.	Se establece comunicación con el paciente y familia para verificar si está recibiendo atención prioritaria en salud mental en los casos de intento de suicidio reportados en el Sivigila en el Departamento del Atlántico.
Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor, con relación a su objeto contractual.	Se asiste a comité semanal programados por la referente de Salud Mental del Departamento del Atlántico.
Apoyar la gestión de la atención integral de los casos ante el prestador o asegurador en salud.	Gestión de la atención integral de los casos ante el prestador o asegurador en salud.
Asistencia al comité trimestral programados por la referente de Salud Mental del Departamento del Atlántico.	Se realiza participación como asistente al comité trimestral programados por la referente de Salud Mental del Departamento del Atlántico.
Participación como asistente a la reunión de preparación y ajustes en el plan de contingencia de la Línea de Salud Mental del Departamento del Atlántico, teniendo en cuenta los lineamientos en el manejo de la LSM en el Departamento del Atlántico.	Se realiza participación como asistente a la reunión de preparación y ajustes en el plan de contingencia de la Línea de Salud Mental del Departamento del Atlántico, teniendo en cuenta los lineamientos en el manejo de la LSM en el Departamento del Atlántico.
Asistencia virtual al Comité del trimestre programado por la referente de Salud Mental del Departamento del Atlántico.	Se participa como asistente al Comité de seguimiento a las actividades del trimestre.
Participación en la Subcomisión de educación para la prevención de la conducta suicida en articulación con ICBF, EAPB's, IES (Instituciones de Educación Superior), Secretaria de Salud, Secretaria de Educación, Alta Consejería para la Educación Superior.	Se realiza participación y apoyo en la Subcomisión de educación para la prevención de la conducta suicida en articulación con ICBF, EAPB's, IES (Instituciones de Educación Superior), Secretaria de Salud, Secretaria de Educación, Alta Consejería para la Educación Superior.

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.

- Seguimiento financiero y presupuestal del contrato.
- Conformación, actualización y seguimiento del expediente con la documentación relacionada con la ejecución del contrato.
- Verificación del pago de Estampillas
- Verificación de la vigencia de la garantía exigida en el contrato.
- Verificación y aprobación de los soportes necesarios para el pago.
- Expedición de la certificación del recibo a satisfacción correspondiente al periodo descrito, de conformidad con el servicio recibido.

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

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 (*)

<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>
01	9472656818	03/09/2024	\$378.200
	<u>SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS</u>		\$378.200

(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 09 días del mes de octubre de 2024.


FIRMA DEL SUPERVISOR
C.C.:32.834.196 de Baranoa


FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C.: (1047233599) de (Galapa)

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

VALIDACIÓN PLANILLA DE PAGO – ANGIE PAOLA DE LA ROSA LOBO


[Contribución Solidaria](#)
[Certificado de aportes](#)
[Declaración de renta](#)
[Número de planilla](#)
[Pago electrónico](#)
[Soporte de pago](#)

[Verificar planilla](#)

 Instructivo

Verificar planilla
 Verifique la validez de un soporte de pago.

Por favor indique la siguiente información:

Tipo de documento	Número de documento
Cédula de ciudadanía	1047233599
EPS	
EPS MUTUAL SER	
Valor aportado a EPS	
160000	
Clave de pago	
9472656818	
Período de cotización (salud)	
2024	08

☐ No soy un robot
 

reCAPTCHA
Privacidad - Condiciones

Verificar planilla



La información especificada coincide con un pago registrado en el sistema.



CERTIFICACIÓN

Yo, **MARIA ELENA Menco POLANCO**, identificado con cedula de ciudadanía N° 32.657.182, en mi calidad de referente del programa de CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL, certifico el cumplimiento a cabalidad de las actividades del señor **ANGIE DE LA ROSA LOBO**, identificado con cedula de ciudadanía N° 1.047.233.599, suscritas en el contrato N°202401829 de 2024, esto con la finalidad de que pueda gestionar sus cuentas de cobro de dicho contrato correspondiente a la realizada del 05 de septiembre al 30 de septiembre del 2024.

La presente certificación se expide el tres (03) de octubre del 2024.

Cordialmente

MARIA ELENA Menco POLANCO
Convivencia Social y Salud Mental



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 GESTIÓN 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 digital¹ 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

"ARTÍCULO 28. ATRIBUTOS JURÍDICOS 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.

PARÁGRAFO. El uso de una firma digital tendrá la misma fuerza y efectos que el uso de una firma manuscrita, si aquella 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".