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

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

Informe de Supervisión No:	2
Contrato No:	202402658

### 1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

Contratista:	VANESSA DEL CARMEN MANGONES AUSTIN												
Identificación:	45560888												
Tipo de Contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS												
Nombre del Supervisor:	OLINDA OÑORO JIMENEZ												
Objeto del Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS QUE SE LLEVAN A CABO EN LA SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA EN ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO.												
w	El plazo para la ejecución del contrato será hasta el treinta uno (31) de diciembre del 2024, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.												
Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	202402402	Fecha de C.D.P.	28-08-2024										
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	202407605	Fecha del R.P.	28-11-2024										
Valor del Contrato	<table border="1"> <tr> <td>Contrato Inicial</td> <td>\$ 8.500.000</td> </tr> <tr> <td>Adición 1</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>Adición 2</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>Adición 3</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td><b>Total</b></td> <td><b>\$ 8.500.000</b></td> </tr> </table>			Contrato Inicial	\$ 8.500.000	Adición 1	\$	Adición 2	\$	Adición 3	\$	<b>Total</b>	<b>\$ 8.500.000</b>
Contrato Inicial	\$ 8.500.000												
Adición 1	\$												
Adición 2	\$												
Adición 3	\$												
<b>Total</b>	<b>\$ 8.500.000</b>												
Fecha de inicio del contrato	Fecha de terminación del contrato	Fecha de Suspensión del contrato	Fecha de reinicio										
(2024-11-28)	(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		

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

			Salarios y prestaciones		
			Responsabilidad Civil Extracontractual		
			Otros		

### 3. ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO (\*)


DESCRIPCIÓN		VALOR
Valor del Contrato Inicial		\$ 8.500.00
Adición No. 1		\$
Adición No. 2		\$
Adición No. 3		\$
Valor Total del contrato		\$ 8.500.000
Porcentaje del Anticipo	%	\$
Porcentaje del Pago anticipado	%	\$
Valor Amortizado del Anticipo		\$
Valor Ejecutado del Contrato		\$ 8.500.000
Valor por ejecutar		\$ 0
Valor a pagar en el presente Informe		\$ 4.500.000
No. Factura o Cuenta de Cobro		2

### 4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO

#### 4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN DEL PERIODO CORRESPONDIENTE A DICIEMBRE 01 HASTA 31 DE DICIEMBRE DEL 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
Realizar asistencias técnicas a las secretarías de salud de los 22 municipios del departamento del Atlántico con el objetivo de fortalecer la operatividad y capacidades para la implementación de política y plan de salud mental y las acciones de gestión del riesgo en salud mental	Se realizó asistencia técnica a la secretaria de salud de Malambo en la construcción del plan municipal de salud mental. Fecha : 10 Dic/2024
Realizar seguimientos y monitoreo a las secretarías de salud de los 22 municipios del departamento del Atlántico con el objetivo de fortalecer la operatividad y capacidades para la implementación de política y plan de salud mental y las acciones de gestión del riesgo en salud mental.	Recopilación y revisión de la información de la implementación de la política nacional de Salud Mental del IV trimestre de las secretarías de salud municipales del dpto. del atlántico Fecha : 2 y 3 De Diciembre del 2024
Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor, con relación a su objeto contractual.	Se Realizó Capacitación a funcionarios administrativos de EAPB Nueva EPS sobre ideación suicida Fecha : 18 de Diciembre 2024

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

*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 PRESTACIONES SOCIALES (\*)


<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</u>
01	9478889859	2024-12-20	\$472,800
02	9479393527	23-01-2025	\$531.800
	<u>SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS</u>		\$1.004.600

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


Se firma en Barranquilla, a los 22 días del mes febrero de 2025.

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

  
**FIRMA DEL CONTRATISTA**  
**C.C.: (45.560.888) de (Barranquilla)**


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

## VALIDACIÓN PLANILLA DE PAGO –VANESSA DEL CARMEN MANGONES AUSTIN



[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 <input type="text" value=""/>	<input type="text" value="45560888"/>
EPS	
EPS SURA (ANTES SUSALUD) <input type="text" value=""/>	
Valor aportado a EPS	
<input type="text" value="225000"/>	
Clave de pago	
<input type="text" value="9479393527"/>	
Período de cotización (salud)	
<input type="text" value="2024"/> <input type="text" value="12"/>	

No soy un robot 

**Verificar planilla**

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

Gobernación del Departamento del Atlántico - [www.atlantico.gov.co](http://www.atlantico.gov.co) - Conmutador 3307000  
 Página 4 de 4



## 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 **VANESSA DEL CARMEN MANGONES AUSTIN**, identificado con cedula de ciudadanía N° 45.560.888, suscritas en el contrato N°202402658 de 2024, esto con la finalidad de que pueda gestionar sus cuentas de cobro de dicho contrato correspondiente a la realizada en el periodo de diciembre del 2024.

La presente certificación se expide en diciembre 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](mailto: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](mailto: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](mailto: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<sup>1</sup> 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

<sup>1</sup> 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 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".