| | |
|---|---|
| **Informe de Supervisión No:** | 1 |
| **Contrato No:** | 202501803 |

## 1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contratista:** | NATALIE HORTA BALLESTAS | | |
| **Identificación:** | 45565072 | | |
| **Tipo de Contrato:** | PRESTACION DE SERVICIOS | | |
| **Nombre del Supervisor:** | OLINDA OÑORO JIMENEZ | | |
| **Objeto del Contrato:** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA COMPLEMENTAR LOS DIFERENTES PROCESOS DE GESTIÓN DE CALIDAD QUE REQUIERA LA SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO | | |
| **Plazo de Ejecución:** | El plazo para la ejecución será hasta el 31 de diciembre del 2025, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución | | |
| **Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)** | 202501430 | Fecha de C.D.P. | 2025-05-23 |
| **Número de Registro Presupuestal (R.P.)** | 202504149 | Fecha del R.P. | 2025-06-26 |

| | | |
|---|---|---|
| **Valor del Contrato** | **Contrato Inicial** | $ 42.000.000 |
| | **Adición 1** | $ |
| | **Adición 2** | $ |
| | **Adición 3** | $ |
| | **Total** | $ 42.000.000 |

| Fecha de inicio del contrato | Fecha de terminación del contrato | Fecha de Suspensión del contrato | Fecha de reinicio |
|---|---|---|---|
| 2025-06-26 | 2025-12-31 | | |

### 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 | | |
| | | | Responsabilidad Civil Extracontractual | | |
| | | | Otros | | |

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

| DESCRIPCIÓN | | VALOR |
|---|---|---|
| **Valor del Contrato Inicial** | | **$ 42.000.000** |
| **Adición No. 1** | | **$** |
| **Adición No. 2** | | **$** |
| **Adición No. 3** | | **$** |
| **Valor Total del contrato** | | **$ 42.000.000** |
| **Porcentaje del Anticipo** | **%** | **$** |
| **Porcentaje del Pago anticipado** | **%** | **$** |
| **Valor Amortizado del Anticipo** | | **$** |
| **Valor Ejecutado del Contrato** | | **$ 3.000.000** |
| **Valor por ejecutar** | | **$ 39.000.000** |
| **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 26 al 30 DE JUNIO DE 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 |
| 1. Elaborar plan de actividades y cronograma para la ejecución de las obligaciones contractuales. | Para este periodo se realizó “PLAN DE TRABAJO 2025” con el fin de determinar las acciones asociadas a las obligaciones contractuales durante el periodo de ejecución de este contrato.<br><br>Anexo 1. “PLAN DE TRABAJO 2025” |
| 2. Apoyar la planeación para la ejecución de las actividades del Sistema integrado de gestion (Calidad, Ambiental y Seguridad y Salud Ocupacional) de la Subsecretaria de Salud Pública. | Durante este periodo no se programó esta actividad. |
| 3. Diseñar, Planificar e implementar medidas para prevenir, controlar o remediar los peligros ambientales. | Durante este periodo no se programó esta actividad. |

| | |
|---|---|
| 4. Apoyar la programación, análisis y elaboración de los documentos inherentes al sistema integrado de Gestión de la Subsecretaria de Salud Pública. | Apoyo en el seguimiento diario a la ruta de orden y aseo en las áreas de la Secretaría de Salud Pública.<br><br>ANEXO 2. “LISTA DE CHEQUEO AMBIENTAL” |
| 5. Apoyar el seguimiento, medición, y evaluación del sistema integrado de gestión y asistir al líder en la formulación de estrategias de mejora continua, planes de mejoramiento, riesgos, auditorias, gestión de cambio, oportunidades de mejora, registrando las acciones e implementando las actividades requeridas. | Durante este periodo no se programó esta actividad. |
| 6. Brindar apoyo en la identificación, planeación y ejecución de transferencias de conocimiento en los temas relacionados con el Sistema integrado de Gestión. | Durante este periodo no se programó esta actividad. |
| 7. Velar por el adecuado funcionamiento, control y uso de los elementos, equipos y materiales asignados para su trabajo. | Durante este periodo no se programó esta actividad. |
| 8. Apoyar en la organización del archivo documental físico, cumpliendo con la normatividad vigente. | Durante este periodo no se programó esta actividad. |
| 9. Acreditar el cumplimiento de sus obligaciones con el sistema de seguridad social presentando mensualmente el comprobante de pago de los respectivos aportes en salud, pensión y riesgos laborales de conformidad con la clase de riesgo. | Para este Se presenta comprobante de pago de de los respectivos aportes en salud, pensión y riesgos laborales de conformidad con la clase de riesgo, correspondiente al mes de junio de 2025.<br><br>ANEXO 3 “PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL JUNIO 2025” |
| 10. Realizar todas aquellas actividades que sean asignadas por el supervisor del contrato. | Durante este periodo no se programó esta actividad. |

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

4. **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)***

**5. 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.

**6. 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) |
|---|---|---|---|
| No. 1 | 9488428975 | 2025-07-07 | $ 476.000 |
| | SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS | | **$ 476.000** |

**(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 15 días del mes de Julio de 2025.

**FIRMA DEL SUPERVISOR**
SF2025619
**C.C.: 32.834.196 de Baranoa**

**FIRMA DEL CONTRATISTA**
**C.C.: 45.565.072**

## VALIDACIÓN PLANILLA DE PAGO - NATALIE HORTA BALLESTAS

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 45565072 | | HORTA BALLESTAS NATALIE | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cra 51b #82 81 | BARRANQUILLA-ATLANTICO | 3323740 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-06 | 2025-06 | 1605398417 | 9488428975 | I | 2025/07/16 | 2025/07/07 | BANCOLOMBIA | 0 | $476,000 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $262,400 | $0 | $0 | $262,400 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $262,400 | $0 | $0 | $262,400 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $8,600 | $0 | $0 | $8,600 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $8,600 | $0 | $0 | $8,600 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $205,000 | $0 | $0 | $205,000 |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 1 | $205,000 | $0 | $0 | $205,000 |
| TOTAL | | | | 1 | $476,000 | $0 | $0 | $476,000 |

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

# CERTIFICACIÓN

Yo, **KENA ROSADO VEGA,** identificada con cedula de ciudadanía N° 39.515.859, bajo el cargo de líder de programa de la Subsecretaría de Salud Pública del Departamento del Atlántico, Certifico: que la contratista, **NATALIE HORTA BALLESTAS**, identificada con cedula de ciudadanía N° CC **45.565.072;** cumplió con las actividades suscritas en el contrato N°**202501803** de fecha **26/06/2025,** en el periodo comprendido del 26 de junio al 30 de junio 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** |
| Elaborar plan de actividades y cronograma para la ejecución de las obligaciones contractuales. | Para este periodo se realizó **"PLAN DE TRABAJO 2025"** con el fin de determinar las acciones asociadas a las obligaciones contractuales durante el periodo de ejecución de este contrato. **Anexo 1. "PLAN DE TRABAJO 2025"** |
| Apoyar la planeación para la ejecución de las actividades del Sistema integrado de gestion (Calidad, Ambiental y Seguridad y Salud Ocupacional) de la Subsecretaria de Salud Pública. | Durante este periodo no se programó esta actividad. |
| Diseñar, Planificar e implementar medidas para prevenir, controlar o remediar los peligros ambientales. | Durante este periodo no se programó esta actividad. |
| Apoyar la programación, análisis y elaboración de los documentos inherentes al sistema integrado de Gestión de la Subsecretaria de Salud Pública. | Se Apoyo en el seguimiento diario a la ruta de orden y aseo en las áreas de la Secretaría de Salud Pública.<br><br>**ANEXO 2. "LISTA DE CHEQUEO AMBIENTAL"** |
| Apoyar el seguimiento, medición, y evaluación del sistema integrado de gestión y asistir al líder en la formulación de estrategias de mejora continua, planes de mejoramiento, riesgos, auditorias, gestión de cambio, oportunidades de mejora, registrando las acciones e implementando las actividades requeridas. | Durante este periodo no se programó esta actividad. |
| Brindar apoyo en la identificación, planeación y ejecución de transferencias de conocimiento en los temas relacionados con el Sistema integrado de Gestión. | Durante este periodo no se programó esta actividad. |
| Velar por el adecuado funcionamiento, control y uso de los elementos, equipos y materiales asignados para su trabajo. | Durante este periodo no se programó esta actividad. |
| Apoyar en la organización del archivo documental físico, cumpliendo con la normatividad vigente. | Durante este periodo no se programó esta actividad. |
| Acreditar el cumplimiento de sus obligaciones con el sistema de seguridad social presentando mensualmente el comprobante de pago de los respectivos aportes en salud, pensión y riesgos laborales de conformidad con la clase de riesgo. | Para este Se presenta comprobante de pago de de los respectivos aportes en salud, pensión y riesgos laborales de conformidad con la clase de riesgo, correspondiente al mes de junio de 2025. **ANEXO 3 "PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL JUNIO 2025"** |
| Realizar todas aquellas actividades que sean asignadas por el supervisor del contrato | Durante este periodo no se programó esta actividad. |

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

En constancia de lo anterior firmo el presente documento a los (14), días del mes de Julio de 2025.

**KENA ROSADO VEGA**
Líder de Programa
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