


| | | | |
|--|--|---------------------|------------|
|  SECRETARÍA GENERAL | INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS PARA PRESTACIÓN 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: | 202501424 |

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | |
|--|---|-----------------|------------|
| Contratista: | BERTHELENA MADURO DE SALOM | | |
| Identificación: | 1234098416 | | |
| Tipo de Contrato: | PRESTACION DE SERVICIOS | | |
| Nombre del Supervisor: | ROSMERY EDITH WEHEDEKING PAEZ | | |
| Objeto del Contrato: | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL ACOMPAÑAMIENTO Y FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL A LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO, EN LAS ACTIVIDADES Y PROCESOS PROPIOS DE LA SECRETARÍA, PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS LOGROS Y METAS ESTABLECIDAS EN EL PLAN DE DESARROLLO DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO | | |
| Plazo de Ejecución: | El plazo para la ejecución del contrato será por siete (7) meses, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución. | | |
| Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P) | 202500220 | Fecha de C.D.P. | 24/01/2025 |
| Número de Registro Presupuestal (R.P.) | 202502611 | Fecha del R.P. | 15/04/2025 |

| | | | |
|------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------|
| Valor del Contrato | Contrato Inicial | \$ 56.000.000 | |
| | Adición 1 | \$ | |
| | Adición 2 | \$ | |
| | Adición 3 | \$ | |
| | Total | \$ 56.000.000 | |
| Fecha de inicio del contrato | Fecha de terminación del contrato | Fecha de Suspensión del contrato | Fecha de reinicio |
| 15 de abril de 2025 | 14 de noviembre de 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.

| 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 | | |

| | | | |
|--|--|--|---|
|  SECRETARÍA GENERAL | INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS PARA PRESTACIÓN DE SERVICIOS – BIENES Y SUMINISTROS | | VERSIÓN 001 |
| | | | FECHA DE APROBACIÓN 2024-01-31 |
| | | | 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 | | \$ 56.000.000 |
| Adición No. 1 | | \$ |
| Adición No. 2 | | \$ |
| Adición No. 3 | | \$ |
| Valor Total del contrato | | \$ 56.000.000 |
| Porcentaje del Anticipo | % | \$ |
| Porcentaje del Pago anticipado | % | \$ |
| Valor Amortizado del Anticipo | | \$ |
| Valor Ejecutado del Contrato | | \$ 8.000.000 |
| Valor por ejecutar | | \$ 48.000.000 |
| Valor a pagar en el presente informe | | \$ 8.000.000 |
| 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 DE 15 DE ABRIL AL 14 DE MAYO 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. Gestionar y asistir en la técnica a las IPS certificadoras de discapacidad del Departamento del Atlántico. | Asistí en la técnica a las IPS certificadoras de discapacidad del Departamento del Atlántico que me fueron asignadas. |
| 2. Gestionar y asistir en seguimiento a la ejecución de los recursos asignados por el Ministerio de salud a las IPS certificadoras para el proceso de certificación de discapacidad de la población residente en el Departamento del Atlántico. | Durante este periodo no me fue asignada la actividad. |
| 3. Gestionar y asistir en las auditorias en campo a las IPS certificadoras del Atlántico con el objetivo de revisar el cumplimiento de los lineamientos normativos para el proceso de RLCPD, comprobando suficiencia e idoneidad de talento humano, disponibilidad de apoyos y ajustables razonables, infraestructura, oportunidad en atención, entrega de certificación de discapacidad. | Durante este periodo no me fue asignada la actividad. |
| 4. Gestionar y asistir en las auditorías de historias clínicas de los pacientes valorados de acuerdo al ámbito de la atención (Institucional y Domiciliaria) a las IPS certificadoras del Atlántico. | Durante este periodo no me fue asignada la actividad. |

| | | | |
|--|--|--------------------------------|-------------------|
|  SECRETARÍA GENERAL | INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS PARA PRESTACIÓN DE SERVICIOS – BIENES Y SUMINISTROS | VERSIÓN | 001 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 2024-01-31 |

| | |
|---|--|
| 5. Gestionar, asistir a la administración departamental especialmente a la Secretaría de Salud en aquellos temas que se le requieran, relacionados con su experiencia profesional conforme a la idoneidad de su hoja de vida. | Asistí Reunión Actividades realizadas en la reunión: - Se programaron actividades de apoyo al área de Salud mental de la Gobernación del Atlántico. - Se programó reunión con los psicólogos de apoyo de la Subsecretaría de Salud Pública para revisar las actividades a su cargo. |
|---|--|

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.

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).

ROSMERY EDITH WEHEDEKING PAEZ 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 | 9483409694 | 2025/04/15 | \$ 413.300 |
| 1.1 | 9491640742 | 2025/09/09 | \$515.500 |
| SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS | | | \$928.800 |

(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, el día 10 de **septiembre** de **2025**

R. Wehede King Paéz

FIRMA DEL SUPERVISOR



Rosmery Edith Wehede King Paéz

FIRMA DEL CONTRATISTA