| 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:** | 6 |
| **Contrato No:** | 202500951 |

**1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contratista:** | OSIRIS MILENA DE LIMA BARCASNEGRAS | | |
| **Identificación:** | 22.550.154 | | |
| **Tipo de Contrato:** | PRESTACION DE SERVICIOS | | |
| **Nombre del Supervisor:** | OLINDA OÑORO JIMENEZ | | |
| **Objeto del Contrato:** | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN LA PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES EMERGENTE, REMERGENTES Y DESATENDIDAS LEPRA, MEDIANTE LAS ACCIONES QUE LLEVA A CABO LA SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA EN LOS 22 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO. | | |
| **Plazo de Ejecución:** | El plazo para la ejecución del contrato será de 6 MESES, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución. | | |
| **Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)** | 202500296 | **Fecha de C.D.P.** | 29/01/2025 |
| **Número de Registro Presupuestal (R.P.)** | 202501368 | **Fecha del R.P.** | 06/03//2025 |
| **Valor del Contrato** | **Contrato Inicial** $ 30.000.000<br>**Adición 1** $<br>**Adición 2** $<br>**Adición 3** $<br>**Total** $ 30.000.0000 | | |

| Fecha de inicio del contrato | Fecha de terminación del contrato | Fecha de Suspensión del contrato | Fecha de reinicio |
|---|---|---|---|
| 06/03/2025 | 05/09/2025 | | |

**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** | | **$ 30.000.000** |
| **Adición No. 1** | | **$** |
| **Adición No. 2** | | **$** |
| **Adición No. 3** | | **$** |
| **Valor Total del contrato** | | **$ 30.000.000** |
| **Porcentaje del Anticipo** | **%** | **$** |
| **Porcentaje del Pago anticipado** | **%** | **$** |
| **Valor Amortizado del Anticipo** | | **$** |
| **Valor Ejecutado del Contrato** | | **$ 30.000.000** |
| **Valor por ejecutar** | | **$ 0** |
| **Valor a pagar en el presente Informe** | | **$ 5.000.000** |
| **No. Factura o Cuenta de Cobro** | | **6** |

**4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO**

**4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 06 DE AGOSTO AL 05 DE SEPTIEMBRE 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.Seguimiento a las secretarias de salud municipales en la Implementación de la estrategia de Abogacía, Comunicación y Rehabilitación Basada en la Comunidad en los ocho (8) municipios de alta carga de la enfermedad IEC. | Se realizó asistencia técnica a las Secretaria de Salud de los Municipios del Departamento del Atlántico: **Santo Tomas** y **Sabanagrande**, seguimiento en cuanto a diagnóstico, tratamiento e intervención, sobre la enfermedad de Hansen, así como también se realiza el abordaje sobre la reducción del estigma, discriminación y desinformación. |
| 2.Adelantar actividades de sensibilización y educación con la participación de pacientes y ex pacientes con base comunitaria, para formular campañas educativas y estrategias de comunicación. | Se realizó visita de Seguimiento a pacientes del programa de lepra en los municipios de: **Sabanalarga, Santa Lucia, Puerto Colombia, Ponedera, Sabanagrande, Palmar de Varela y Santo Tomas.** |

| | |
|---|---|
| 3. Conformar los grupos de pacientes y ex pacientes para la rehabilitación basada en la comunidad en el programa de Lepra en los municipios con mayor carga de enfermedad. | Se continua con el trabajo de los grupos de apoyo en los municipios de Alta carga. Sabanalarga/Aguada de Pablo. |
| 4.Caracterizar la población afectada por Lepra en lo relacionado con el entorno social, familiar y de discapacidad | Se trabajó sobre la herramienta de base datos de pacientes con el fin de consolidar los instrumentos para la caracterización de los pacientes en los 22 municipios del Atlántico. |
| 5.Sistematizar la información de las encuestas de caracterización de los pacientes del Departamento. | Se alimentó base de datos con el formato de seguimiento a pacientes para la caracterización de los mismos en el Departamento. |
| 6.Presentar mensualmente los indicadores programáticos de acuerdo a su competencia. | La información se encuentra en proceso de consolidación, para definir indicadores |
| 7.Realizar socializaciones en Lepra a los profesionales psicosociales, con el fin de fortalecer las acciones en esta área para la adherencia al tratamiento y actividades de RBC en los municipios de alta carga | Se realizó apoyo y socialización en Lepra los profesionales del hospital de Sabanalarga en las actividades del PIC. |
| 8.Entrega mensual de informe de actividades de avance e indicadores de programa de acuerdo a los términos de referencia. | Esta actividad se ejecuta mensualmente. |
| 9.Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor del contrato. | Gestión y organización de documentos del programa (archivar y enviar documentaciones al Drive). Los días: Los días 4, 8, 11, 19, 25, 28 de Agosto y 2 de Septiembre 2025. |

***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 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** | 4596508557 | 31/03/2025 | $ 515.700 |
| **2** | 4597487367 | 02/05/2025 | $ 618.800 |
| **3** | 4602312441 | 3/06/2025 | $ 618.800 |
| **4** | 4606884377 | 02/07/2025 | $ 618.800 |
| **5** | 4611037951 | 04/08/2025 | $ 618.800 |
| **6** | 4615824263<br>4620024313 | 29/08/2025<br>03/09/2025 | $ 618.800<br>$ 103.100 |
| | **SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS** | | **$ 3.713.000** |

**(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, el día 9 de septiembre 2025.

**FIRMA DEL SUPERVISOR**
**C.C.: 32834196 de Baranoa**
SP20267017

**FIRMA DEL CONTRATISTA**
**C.C.: 22.550.154 de Barranquilla**

| | NOMBRE Y CARGO | DEPENDENCIA |
|---|---|---|
| **Proyectó** | Hernan Valencia Martinez – Profesional Administrativo PAI – TB - Lepra | Subsecretaria de Salud Pública |
| **Revisó** | Teresita Mastrodomenico Medina – Referente PAI – TB - Lepra | Subsecretaria de Salud Pública |
| **Aprobó** | Nadina Casseres – Profesional Administrativo | Subsecretaria de Salud Pública |

## Datos del aportante:

Tipo de documento *: Cédula de ciudadanía

No. de documento *: 22550154

Planillas disponibles para pago | Soportes de pago | Certificados por cotizante

Esta opción te permite generar los soportes de pago de tus planillas, creadas a través de nuestros canales de asesoría ó el portal transaccional, pagadas en puntos presenciales ó a través de PSE.

No. de planilla *: 4615824263

Administradora de riesgos *: 14-11 - ARL SURA

☐ No Cotizo ARL

Buscar

## Tus resultados:

| No. Planilla | Tipo planilla | Valor pagado | Estado | Forma de presentación | Periodo liquidado | Enviar comprobante de pago | Soporte de pago |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4615824263 | I | $618.800 | PAGADA | ÚNICO | 2025-08 | | |

## Datos del aportante:

Tipo de documento *: Cédula de ciudadanía

No. de documento *: 22550154

Planillas disponibles para pago | Soportes de pago | Certificados por cotizante

Esta opción te permite generar los soportes de pago de tus planillas, creadas a través de nuestros canales de asesoría ó el portal transaccional, pagadas en puntos presenciales ó a través de PSE.

No. de planilla *: 4620024313

Administradora de riesgos *: 14-11 - ARL SURA

No Cotizo ARL

Buscar

## Tus resultados:

| No. Planilla | Tipo planilla | Valor pagado | Estado | Forma de presentación | Periodo liquidado | Enviar comprobante de pago | Soporte de pago |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4620024313 | I | $103.300 | PAGADA | ÚNICO | 2025-09 | | |

# CERTIFICACIÓN

Yo, **TERESITA MASTRODOMENICO MEDINA,** identificada con cedula de ciudadanía N° 22.637.194 de Sabanalarga, bajo el cargo de líder de programa de Lepra de la subsecretaría de salud pública del departamento del Atlántico, certifico: que la contratista, **OSIRIS MILENA DE LIMA BARCASNEGRAS**, identificada con cedula de ciudadanía N° CC **22.550.154**; cumplió con las actividades suscritas en el contrato N° **202500951**; de fecha 06 de marzo de 2025, en el periodo comprendido del 06 de agosto al 05 de septiembre 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** |
| 1.Seguimiento a las secretarias de salud municipales en la Implementación de la estrategia de Abogacía, Comunicación y Rehabilitación Basada en la Comunidad en los ocho (8) municipios de alta carga de la enfermedad IEC. | Se realiza asistencia técnica a las Secretaria de Salud de lo Municipios del Departamento del Atlántico: **Santo Tomas** y **Sabanagrande**, seguimiento en cuanto a diagnóstico, tratamiento e intervención, sobre la enfermedad de Hansen, así como también se realiza el abordaje sobre la reducción del estigma, discriminación y desinformación. |
| 2.Adelantar actividades de sensibilización y educación con la participación de pacientes y ex pacientes con base comunitaria, para formular campañas educativas y estrategias de comunicación. | Se realiza visita de Seguimiento a pacientes del programa de lepra en los municipios de: **Sabanalarga, Santa Lucia, Puerto Colombia, Ponedera, Sabanagrande, Palmar de Varela y Santo Tomas.** |
| 3. Conformar los grupos de pacientes y ex pacientes para la rehabilitación basada en la comunidad en el programa de Lepra en los municipios con mayor carga de enfermedad. | Se continua con el trabajo de los grupos de apoyo en los municipios de Alta carga. Sabanalarga/Aguada de Pablo. |
| 4.Caracterizar la población afectada por Lepra en lo relacionado con el entorno social, familiar y de discapacidad | Se trabaja sobre la herramienta de base datos de pacientes con el fin de consolidar los instrumentos para la caracterización de los pacientes en los 22 municipios del Atlántico. |
| 5.Sistematizar la información de las encuestas de caracterización de los pacientes del Departamento. | Se alimenta base de datos con el formato de seguimiento a pacientes para la caracterización de los mismos en el Departamento. |

| | |
|---|---|
| 6.Presentar mensualmente los indicadores programáticos de acuerdo a su competencia. | La información se encuentra en proceso de consolidación, para definir indicadores |
| 7.Realizar socializaciones en Lepra a los profesionales psicosociales, con el fin de fortalecer las acciones en esta área para la adherencia al tratamiento y actividades de RBC en los municipios de alta carga | Se realiza apoyo y socialización en Lepra los profesionales del hospital de Sabanalarga en las actividades del PIC. |
| 8.Entrega mensual de informe de actividades de avance e indicadores de programa de acuerdo a los términos de referencia. | Esta actividad se ejecuta mensualmente. |
| 9.Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor del contrato. | Gestión y organización de documentos del programa (archivar y enviar documentaciones al Drive). Los días: Los días 4, 8, 11, 19, 25, 28 de Agosto y 2 de Septiembre 2025. |

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 cinco (5), días del mes de septiembre de 2025.

**TERESITA MASTRODOMENICO MEDINCA**
Líder de Programa de Lepra
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