

 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:	4
Contrato No:	202501002

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

Contratista:	ESPERANZA MARIA MELENDEZ RAMIREZ		
Identificación:	32667282		
Tipo de Contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS		
Nombre del Supervisor:	OLINDA OÑORO JIMENEZ		
Objeto del Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN LA PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES EMERGENTE, REMERGENTES Y DESATENDIDAS LEPRO, MEDIANTE LAS ACCIONES QUE LLEVA A CABO LA SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA EN LOS 22 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.		
Plazo de Ejecución:	El plazo para la ejecución del contrato será de seis (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.)	202501535	Fecha del R.P.	10/03/2025
Valor del Contrato	Contrato Inicial	\$ 39.600.000	
	Adición 1	\$	
	Adición 2	\$	
	Adición 3	\$	
	Total	\$ 39.600.000	
Fecha de inicio del contrato	Fecha de terminación del contrato	Fecha de Suspensión del contrato	Fecha de reinicio
10/03/2025	09/09/2025		

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)

 SECRETARÍA GENERAL	INFORME DE SUPERVISION DE CONTRATOS PARA PRESTACION DE SERVICIOS – BIENES Y SUMINISTROS		VERSIÓN	001
			FECHA DE APROBACIÓN	2024-01-31
			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	\$ 39.600.000
Adición No. 1	\$
Adición No. 2	\$
Adición No. 3	\$
Valor Total del contrato	\$ 39.600.000
Porcentaje del Anticipo	% \$
Porcentaje del Pago anticipado	% \$
Valor Amortizado del Anticipo	\$
Valor Ejecutado del Contrato	\$ 26.400.000
Valor por ejecutar	\$ 13.200.000
Valor a pagar en el presente Informe	\$ 6.600.000
No. Factura o Cuenta de Cobro	FE 115

4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO

4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 10 DE JUNIO AL 09 DE JULIO 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 Realizar seguimiento al 100% de los pacientes que ingresan al programa para garantizar el manejo adecuado e integral y evaluar el grado de discapacidad para la asignación de subsidios de acuerdo a las condiciones establecidas por ley.	1. Se realizaron las respectivas consultas de primera vez y control, comprometidos en un seguimiento al 100% con cada uno de los pacientes y evaluar sus posibles discapacidades con respecto a la enfermedad.
2 hacer seguimiento a los casos de Lepra que presenten estados reaccionales para que se garantice su manejo adecuado. Educar a paciente convivientes con la enfermedad de Hansen, y realizarles respectivo seguimiento	Se hace seguimiento al 100% de pacientes atendidos y además se realiza evaluación de discapacidad a los pacientes diagnosticados con la enfermedad, y con subsidio nacional de lepra.

 SECRETARÍA GENERAL	INFORME DE SUPERVISION DE CONTRATOS PARA PRESTACION DE SERVICIOS – BIENES Y SUMINISTROS	VERSIÓN	001
		FECHA DE APROBACIÓN	2024-01-31
		1. ARGEMIRA BEATRIZ PACHECO RIVERA 2. GLEDIS POLO OLAYA. UNICO DOS PACIENTES CON DIAGNOSTICADOS CON LA ENFERMEDAD,	
3 educar a los profesionales de la salud en la Guía de Manejo de Pacientes con LEPROA y en Prevención de Discapacidad.		Se tiene programada una charla educativa a profesionales de la salud, para el tercer trimestre del 2025	
4 apoyar las actividades administrativas del programa de Hansen y demás que se le asignen dentro de marco de sus competencias.		Se lleva a cabo asesoría para poder reportar informe trimestral al MINISTERIO DE SALUD, en el programa de LEPROA, con respecto al manejo de leproreaccion	
5 realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor, con relación a su objeto contractual.		No se asignaron actividades durante el periodo indicado.	

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.
- 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.

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

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>
1	32988736	02/04/2025	\$3.602.700
2	33299275	07/05/2025	\$4.203.100
3	33617897	04/06/2025	\$4.203.100
4	33909137	03/07/2025	\$4.203.100
	<u>SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS</u>		\$16.212.000

(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 22 días del mes de julio de 2025.


FIRMA DEL SUPERVISOR
SP2026068
C.C.: 32834196 de Baranoa


FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C.: 32667282 de Barranquilla

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



CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ESPERANZA MARIA MELENDEZ RAMIREZ
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	CC-32867282
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2025-07-03
IDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-32867282
NOMBRE EMPLEADO	ESPERANZA MARIA MELENDEZ RAMIREZ
EPS	EPS SURA
AFP	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES
CAJA COMPENSACIÓN	Sin CCF
ARL	ARL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
NÚMERO PLANILLA	33909137
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	1
PERIODO PENSIÓN	2025-06
PERIODO SALUD	2025-06
TIPO COTIZANTE	Independiente voluntario al sistema de riesgos laborales
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	0
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sin Inicio	Fecha Sin Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad \$	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	14.000.000	0,1800000	\$ 2.240.000	\$ 0	\$ 0	\$ 2.240.000	\$ 70.000	\$ 70.000	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	14.000.000	0,1250000	\$ 1.750.000	\$ 0	0	\$ 0	0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	14.000.000	0,0052200	\$ 73.100	8621

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatoria
0	0	0,0000000	\$ 0	0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pensión	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
\$ 2.380.000	\$ 1.750.000	\$ 73.100	\$ 0	\$ 4.203.100

CERTIFICACIÓN

Yo, **HERNAN VALENCIA MARTINEZ**, identificada con cedula de ciudadanía N° 1.140.839.518 de Barranquilla, bajo el cargo de líder de programa de PAI (e) de la subsecretaría de salud pública del departamento del Atlántico, certifico: que la contratista, **ESPERANZA MARIA MELENDEZ RAMIREZ**, identificada con cedula de ciudadanía N° CC 32.667.282; cumplió con las actividades suscritas en el contrato N° **202501002**; de fecha 10 de marzo de 2025, en el periodo comprendido del 10 de junio al 9 de julio 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 Realizar seguimiento al 100% de los pacientes que ingresan al programa para garantizar el manejo adecuado e integral y evaluar el grado de discapacidad para la asignación de subsidios de acuerdo a las condiciones establecidas por ley.	1. Se realizaron las respectivas consultas de primera vez y control, comprometidos en un seguimiento al 100% con cada uno de los pacientes y evaluar sus posibles discapacidades con respecto a la enfermedad.
2 hacer seguimiento a los casos de Lepra que presenten estados reaccionales para que se garantice su manejo adecuado. Educar a paciente convivientes con la enfermedad de Hansen, y realizarles respectivo seguimiento	Se hace seguimiento al 100% de pacientes atendidos y además se realiza evaluación de discapacidad a los pacientes diagnosticados con la enfermedad, y con subsidio nacional de lepra. 1. ARGEMIRA BEATRIZ PACHECO RIVERA 2. GLEDIS POLO OLAYA. UNICO DOS PACIENTES CON DIAGNOSTICADOS CON LA ENFERMEDAD,
3 educar a los profesionales de la salud en la Guía de Manejo de Pacientes con LEPRÁ y en Prevención de Discapacidad.	Se tiene programada una charla educativa a profesionales de la salud, para el tercer trimestre del 2025
4 apoyar las actividades administrativas del programa de Hansen y demás que se le asignen dentro de marco de sus competencias.	Se lleva a cabo asesoría para poder reportar informe trimestral al MINISTERIO DE SALUD, en el programa de LEPRÁ, con respecto al manejo de leproreaccion
5 realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor, con relación a su objeto contractual.	No se asignaron actividades durante el periodo indicado.

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 veintiún (21), días del mes



GOBERNACIÓN DEL
ATLÁNTICO

de julio de 2025.

HERNAN VALENCIA MARTINEZ

Líder de Programa de PAI (e)

Subsecretaría de Salud Pública

Secretaría de Salud del Atlántico




Gobernación del Atlántico
atlantico.gov.co

Calle 40 Carreras 45 - 46 Barranquilla, Atlántico
NIT: 890.102.006-1 • Código Postal: 080003 • Código DANE: 08-000
Tel. (605) 330 7103 Línea Gratuita **01 8000 915 307**
atencionalciudadano@atlantico.gov.co

Página 2 de 2

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