| | |
|---|---|
| **Informe de Supervisión No:** | 2 |
| **Contrato No:** | 202501675 |

**1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contratista:** | MONICA MARIA FONTALVO GARCIA | | |
| **Identificación:** | 22.538.538 | | |
| **Tipo de Contrato:** | PRESTACION DE SERVICIOS | | |
| **Nombre del Supervisor:** | OLINDA OÑORO JIMENEZ | | |
| **Objeto del Contrato:** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA ASISTIR Y ACOMPAÑAR LAS ACCIONES DE PREVENCIÓN PRIMARIA, PROMOCIÓN, INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LAS ETV Y ZOONOSIS DENTRO DE LA DIMENSION VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DESARROLLADAS POR LA SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA EN LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO | | |
| **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)** | **202500930** | **Fecha de C.D.P.** | 2025/03/11 |
| **Número de Registro Presupuestal (R.P.)** | **202503623** | **Fecha del R.P.** | 2025/05/27 |

| **Valor del Contrato** | |
|---|---|
| **Contrato Inicial** | $ 19.200.000 |
| **Adición 1** | $ |
| **Adición 2** | $ |
| **Adición 3** | $ |
| **Total** | $ 19.200.000 |

| Fecha de inicio del contrato | Fecha de terminación del contrato | Fecha de Suspensión del contrato | Fecha de reinicio |
|---|---|---|---|
| 2025/05/27 | 2025/11/26 | | |

**1.1 MODIFICACIONES DEL CONTRATO**

| 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)**

| 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** | | **$19.200.000** |
| **Adición No. 1** | | **$** |
| **Adición No. 2** | | **$** |
| **Adición No. 3** | | **$** |
| **Valor Total del contrato** | | **$19.200.000** |
| **Porcentaje del Anticipo** | **%** | **$** |
| **Porcentaje del Pago anticipado** | **%** | **$** |
| **Valor Amortizado del Anticipo** | | **$** |
| **Valor Ejecutado del Contrato** | | **$ 6.400.000** |
| **Valor por ejecutar** | | **$12.800.000** |
| **Valor a pagar en el presente Informe** | | **$ 3.200.000** |
| **No. Factura o Cuenta de Cobro** | | **2** |

**4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO**

**4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 27 DE JUNIO AL 26 DE JULIO 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** |
| Participar en las jornadas de inducción y reinducción, programadas por el Programa | Actividad no programada |
| Brindar apoyo en la ejecución de vacunación antirrábica en perros y gatos, de acuerdo a la programación realizada por el Profesional contratista de apoyo, de su municipio asignado, con un promedio mensual de 400 animales vacunados. | Vacunación de perros y gatos<br><br>1.Manati<br>a. Barrio Simón Bolívar<br>Perros: 80 Gatos: 24<br>Viviendas visitadas: 56<br><br>a. Barrio Los Patos<br>Perros: 152 Gatos: 27<br>Viviendas visitadas: 82<br><br>b. Barrio El Mercado<br>Perros: 4 Gatos: 18<br>Viviendas visitadas: 12<br><br>c. Barrio El Carmen<br>Perros: 34 Gatos: 20 |

| | |
|---|---|
| | Viviendas visitadas: 25<br><br>d. Barrio Buenos Aires<br>Perros: 3 Gatos: 14<br>Viviendas visitadas: 33 |
| Brindar apoyo en el cumplimiento de las normas PAI en materia del biológico antirrábico de uso en perros y gatos. (Tomo 8 del Manual PAI: toma y registro diario de temperatura diariamente, dos veces al día; diligenciamiento de Kardex diariamente; diligenciamiento de actas de disposición final de residuos hospitalarios y similares diariamente, limpieza de neveras semanal, limpieza de termos diariamente, entre otras) | Actividad ejecutada en el convenio del PIC Departamental del Programa ETV y Zoonosis |
| Brindar apoyo en la elaboración, revisión y consolidación diaria de inventarios y Kardex de los biológicos, insumos y equipos del Programa ETV y Zoonosis | Actividad no programada |
| Brindar apoyo en la ejecución de actividades de educación dirigida a la comunidad general, educativa, líderes comunitarios, entre otros, en los factores de riesgo para la prevención de las Zoonosis y las ETV priorizadas y Tenencia responsable de animales de compañía, de acuerdo a la programación realizada por el Profesional contratista de apoyo, de su municipio asignado, con un promedio mensual de 400 viviendas visitadas, cuando no se realice vacunación. | Actividad no programada |
| Brindar apoyo en la ejecución de acciones de promoción, prevención, inspección, vigilancia y control del Programa, en otros municipios, en atención a brotes, epidemias, emergencias y demás situaciones epidemiológicas que lo requieran, de acuerdo a la programación realizada por el Profesional contratista de apoyo, de su municipio asignado, con un promedio mensual de 400 animales vacunados | 1.Manati:<br><br>Instituciones educativas visitadas:<br><br>1.Institución Educativa Superior sede Antonio Nariño, Barrio Cerezal<br>Jornada de educación 34 estudiantes capacitados en Una Sola Salud. |
| Brindar apoyo en la ejecución de intervención química realizada para el control de la Leptospirosis | Actividad no programada |
| Brindar apoyo en la atención integral de peticiones, quejas y reclamos inherentes al Programa ETV y Zoonosis | Manatí:<br>Sin PQR en el periodo |
| Realizar el diligenciamiento completo, con letra legible y sin enmendaduras de las planillas, formatos y actas que soportan la ejecución de las actividades del Programa ETV y Zoonosis o la metodología o del medio a través del cual se recolecte la información según las indicaciones del Programa. | Manatí:<br>24 planillas digitadas, ninguna devolución y entregadas al Líder de campo asignado. |
| Brindar apoyo en la organización del archivo físico del Programa ETV y Zoonosis, según los | Actividad no programada |

| | |
|---|---|
| lineamientos de gestión documental de la Gobernación. | |
| Participar en las reuniones quincenales convocadas por el Profesional contratista de apoyo de su municipio asignado o por el Programa ETV y Zoonosis. | Actividad no programada |
| Desarrollar todas aquellas subactividades que se deriven o sean necesarias para cumplir con las actividades específicas principales, de forma personal e intransferible, que le sean asignadas por el supervisor del contrato | Actividad no programada |
| Realizar informe mensual de actividades | Se realizó informe de las actividades realizadas en el periodo. |

**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 (*)**

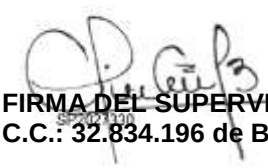
| Número de la Cuenta de Cobro | Número de la Planilla | Fecha de Pago Planilla | Valor Total de la Planilla (sin intereses) |
|---|---|---|---|
| 1 | 1748331882 | 2025/07/02 | $212.700 |
| 2 | 1748666310 | 2025/08/11 | $212.700 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS | | **$425.400** |

**(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 19 días del mes de septiembre de 2025.



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



**FIRMA DEL CONTRATISTA**
**C.C.: 22.538.538 de Manatí**

| | NOMBRE Y CARGO | DEPENDENCIA |
|---|---|---|
| Proyectó | Amaury Humanez / Líder de campo Programa ETV y Zoonosis | Subsecretaría de Salud Pública |
| Reviso | Néstor Camilo Gaviria / Apoyo Administrativo Programa ETV y Zoonosis | Subsecretaría de Salud Pública |
| | Nelly Eliana Bolaños Bolaños / Referente Programa ETV y Zoonosis | Subsecretaría de Salud Pública |
| Aprobó: | Nadina Casseres / Profesional Administrativo | Subsecretaría de Salud Pública |

**VALIDACION PLANILLA PAGADA- MONICA FONTALVO**



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 *: 1748666310

Administradora de riesgos *: 14-25 - COLMENA

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1748666310 | I | $212.700 | PAGADA | ÚNICO | 2025-07 | | |

Regresa al home

Powered By Lucasian Labs S.A.S

# CERTIFICACIÓN

Yo, **NELLY ELIANA BOLAÑOS BOLAÑOS,** identificada con cédula de ciudadanía No 25.279.330 de Popayán (Cauca), bajo el cargo de profesional universitario, de la Subsecretaría de Salud Pública del departamento del Atlántico, certifico que el contratista, **MONICA MARIA FONTALVO GARCIA**, identificado con cedula de ciudadanía N° CC22.538.538; reportó la ejecución de actividades suscritas en el contrato N° 202501675; de fecha 27 de mayo de 2025, en el periodo comprendido del 27 de junio al 26 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** |
| Participar en las jornadas de inducción y reinducción, programadas por el Programa | Actividad no programada |
| Brindar apoyo en la ejecución de vacunación antirrábica en perros y gatos, de acuerdo a la programación realizada por el Profesional contratista de apoyo, de su municipio asignado, con un promedio mensual de 400 animales vacunados. | Vacunación de perros y gatos<br><br>1.Manati<br>a. Barrio Simón Bolívar<br>Perros: 80 Gatos: 24<br>Viviendas visitadas: 56<br><br>a. Barrio Los Patos<br>Perros: 152 Gatos: 27<br>Viviendas visitadas: 82<br><br>b. Barrio El Mercado<br>Perros: 4 Gatos: 18<br>Viviendas visitadas: 12<br><br>c. Barrio El Carmen<br>Perros: 34 Gatos: 20<br>Viviendas visitadas: 25<br><br>d. Barrio Buenos Aires<br>Perros: 3 Gatos: 14<br>Viviendas visitadas: 33 |
| Brindar apoyo en el cumplimiento de las normas PAI en materia del biológico antirrábico de uso en perros y gatos. (Tomo 8 del Manual PAI: toma y registro diario de temperatura diariamente, dos veces al día; diligenciamiento de Kardex diariamente; diligenciamiento de | Actividad ejecutada en el convenio del PIC Departamental del Programa ETV y Zoonosis |

| | |
|---|---|
| actas de disposición final de residuos hospitalarios y similares diariamente, limpieza de neveras semanal, limpieza de termos diariamente, entre otras) | |
| Brindar apoyo en la elaboración, revisión y consolidación diaria de inventarios y Kardex de los biológicos, insumos y equipos del Programa ETV y Zoonosis | Actividad no programada |
| Brindar apoyo en la ejecución de actividades de educación dirigida a la comunidad general, educativa, líderes comunitarios, entre otros, en los factores de riesgo para la prevención de las Zoonosis y las ETV priorizadas y Tenencia responsable de animales de compañía, de acuerdo a la programación realizada por el Profesional contratista de apoyo, de su municipio asignado, con un promedio mensual de 400 viviendas visitadas, cuando no se realice vacunación. | Actividad no programada |
| Brindar apoyo en la ejecución de acciones de promoción, prevención, inspección, vigilancia y control del Programa, en otros municipios, en atención a brotes, epidemias, emergencias y demás situaciones epidemiológicas que lo requieran, de acuerdo a la programación realizada por el Profesional contratista de apoyo, de su municipio asignado, con un promedio mensual de 400 animales vacunados | 1.Manati:<br><br>Instituciones educativas visitadas:<br><br>1.Institución Educativa Superior sede Antonio Nariño, Barrio Cerezal<br>Jornada de educación 34 estudiantes capacitados en Una Sola Salud. |
| Brindar apoyo en la ejecución de intervención química realizada para el control de la Leptospirosis | Actividad no programada |
| Brindar apoyo en la atención integral de peticiones, quejas y reclamos inherentes al Programa ETV y Zoonosis | Manatí:<br>Sin PQR en el periodo |
| Realizar el diligenciamiento completo, con letra legible y sin enmendaduras de las planillas, formatos y actas que soportan la ejecución de las actividades del Programa ETV y Zoonosis o la metodología o del medio a través del cual se recolecte la información según las indicaciones del Programa. | Manatí:<br>24 planillas digitadas, ninguna devolución y entregadas al Líder de campo asignado. |
| Brindar apoyo en la organización del archivo físico del Programa ETV y Zoonosis, según los lineamientos de gestión documental de la Gobernación. | Actividad no programada |
| Participar en las reuniones quincenales convocadas por el Profesional contratista de apoyo de su municipio asignado o por el Programa ETV y Zoonosis. | Actividad no programada |

| | |
|---|---|
| Desarrollar todas aquellas subactividades que se deriven o sean necesarias para cumplir con las actividades específicas principales, de forma personal e intransferible, que le sean asignadas por el supervisor del contrato | Actividad no programada |
| Realizar informe mensual de actividades | Se realizó informe de las actividades realizadas en el periodo. |

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 al (18), días del mes de septiembre de 2025.

**NELLY ELIANA BOLAÑOS BOLAÑOS**
Profesional Universitario
Subsecretaría de Salud Pública
Secretaría de Salud del Atlántico

**PROYECTÓ Y VALIDÓ:** (Amaury Humanez) - Profesional contratista de apoyo – Programa ETV y Zoonosis

**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