***Nota: (Diligenciar los cuadros con la información del contrato y acta de inicio)***

| | |
|---|---|
| **Informe de Supervisión No:** | 002 |
| **Contrato No:** | 202502308 |

## 1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contratista:** | LILIANA PATRICIA GARCIA ALMANZA | | |
| **Identificación:** | 22.609.940 | | |
| **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 A LA SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA EN LA IMPLEMENTACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES QUE CONTRIBUYA A LAS INTERVENCIONES REGULARES Y CONTINGENCIALES DE FACTORES RIESGO EN SALUD PÚBLICA, A TRAVÉS DE BÚSQUEDA ACTIVA QUE PERMITAN PREVENIR O MINIMIZAR LOS DIFERENTES EVENTOS, QUE SE PRESENTEN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO. | | |
| **Plazo de Ejecución:** | El plazo para la ejecución del contrato será hasta el 31 de diciembre de 2025, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución. | | |
| **Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)** | 202501796 | **Fecha de C.D.P.** | 2025 / 07 / 02 |
| **Número de Registro Presupuestal (R.P.)** | 202505510 | **Fecha del R.P.** | 2025 / 08 / 15 |

| | | |
|---|---|---|
| **Valor del Contrato** | **Contrato Inicial** | $ 15.400.000 |
| | **Adición 1** | $ |
| | **Adición 2** | $ |
| | **Adición 3** | $ |
| | **Total** | $ 15.400.000 |

| Fecha de inicio del contrato | Fecha de terminación del contrato | Fecha de Suspensión del contrato | Fecha de reinicio |
|---|---|---|---|
| 2025 / 08 / 15 | 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** | | **$15.400.000** |
| **Adición No. 1** | | **$** |
| **Adición No. 2** | | **$** |
| **Adición No. 3** | | **$** |
| **Valor Total del contrato** | | **$15.400.000** |
| **Porcentaje del Anticipo** | **%** | **$** |
| **Porcentaje del Pago anticipado** | **%** | **$** |
| **Valor Amortizado del Anticipo** | | **$** |
| **Valor Ejecutado del Contrato** | | **$5.800.000** |
| **Valor por ejecutar** | | **$9.600.000** |
| **Valor a pagar en el presente Informe** | | **$3.200.000** |
| **No. Factura o Cuenta de Cobro** | | **002** |

**4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO**

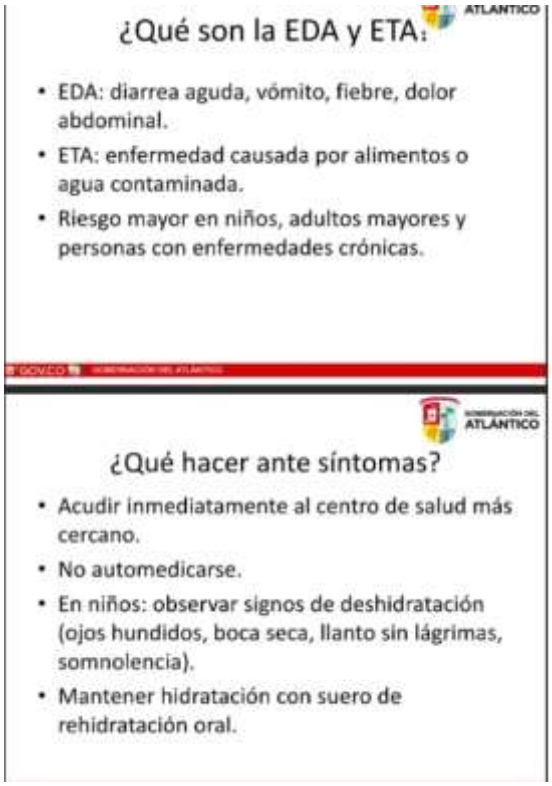
**4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 01 DE SEPTIEMBRE AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2025. ( No aplica para personas jurídicas – No establecer periodo)**

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- Apoyar al personal del programa departamental de ETV y Zoonosis en las estrategias para identificar los riesgos para la proliferación de vectores transmisores de parvovirosis, Chagas y leptospirosis en los micro territorios priorizados en los municipios priorizados categoría 4,5,6 del departamento del Atlántico | Se recibió capacitación en socialización de ETV Y ZOONOSIS EL DIA 01/09/2025 sobre los siguientes temas:<br>❖ Dengue<br>❖ chikungunya<br>❖ Fiebre amarilla<br>❖ Casos clínicos y síntomas<br>❖ Signos de alarma<br>❖ Comorbilidades y grupos de riesgo<br>❖ Etapas de la enfermedad<br>❖ Tratamientos<br>❖ Niveles de atención<br>❖ Vectores, transmisión y periodo de incubación.<br>❖ Chagas<br>❖ Leptospirosis |

| | |
|---|---|
| |  |
| 2- Realizar jornadas de información en salud, educación y comunicación para la salud en los 19 municipios categoría 4,5 6 del departamento de Atlántico | Se recibió capacitación por parte de supervisor de campo |
| 3- Apoyar en las jornadas de movilización social programadas por las secretarias municipales de salud de los municipios priorizados categoría 4,5 y 6 del departamento del Atlántico. | En proceso de inducción |
| 4- Ejecutar y participar en actividades de información y educación para la prevención y promoción de la salud de enfermedades reemergentes y desatendidas, tales como charlas informativas y campañas de higiene respiratoria, lavados de manos, mensajes claves de IRA y EDA, entre otras. | Se recibió el día 05 de septiembre de 2025 capacitación virtual sobre los lineamientos de la IRA, EDA y AEIPI. Para orientar a la comunidad sobre que hacer frente a los signos y síntomas de estas, las rutas que deben utilizar y como educar a la comunidad<br>❖ Definición<br>❖ Objetivos<br>❖ 3 mensajes claves para la IRA y EDA<br>❖ AEIPI<br>❖ Ley 1804 del 2016<br>❖ 12 atenciones priorizadas hasta el 2023 del sistema de seguimiento al desarrollo integral<br>❖ Beneficios de la lactancia materna exclusiva<br>❖ Quimioterapias antihelmíntica |

| | |
|---|---|
| |  |
| 5- Apoyar la conformación, identificación, caracterización y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias. | Durante el periodo realizado hemos requerido este apoyo |
| 6- Reportar oportunamente la canalización de casos de sintomáticos respiratorios y febriles, menores con atenciones priorizadas en salud incompletas y coordinar con secretaria de salud, centro de salud, ESE, IPS del municipio según corresponda para su seguimiento. | Se recibió inducción sobre instrumentos que se utilizaran para la canalización de los casos sintomáticos respiratorios |
| 7- Realizar informe mensual de acciones realizadas en información y educación para la prevención y promoción de la salud de enfermedades reemergentes y desatendidas, que incluya consolidado de personas, familias, menores de 5 años y registro fotográfico, número de actividades educativas desarrolladas por período, Total de personas sensibilizadas por componente (IRA, EDA, higiene respiratoria y demás), número de casos canalizados con entidades de salud territorial, Consolidado mensual de cobertura poblacional y evidencia fotográfica documentada | En proceso de inducción por parte del programa |

| | |
|---|---|
| 8- Orientar y remitir a personas con síntomas de EDA o sospecha de ETA a los centros de salud más cercanos. | Se realizo inducción sobre instrumentos que se utilizaran para la canalización de los casos sintomáticos respiratorios |
| 9- Sensibilizar a la comunidad sobre los factores de riesgo y síntomas de las ETA y EDA: higiene deficiente, consumo de agua o alimentos contaminados. | Se recibió capacitación en socialización en ETA y EDA para orientar a la comunidad que hacer frente a los signos y síntomas para promover buenas prácticas que se reduzca el riesgo de enfermedades en el día 01 de septiembre de 2025. Temas que se socializaron:<br>❖ ¿Que son?<br>❖ ¿Qué hacer ante los síntomas?<br>❖ Prevención<br>❖ Requerimientos sanitarios<br>❖ Iniquidad alimentaria<br>❖ Medidas sanitarias de seguridad<br>❖ Prácticas de higiene en el hogar<br> |
| 10- Búsqueda activa, captación y remisión de los sintomáticos de piel (Enfermedad de Hansen) de la población de los 22 municipios del departamento a las ESE de los Municipios. | Se recibió capacitación dirigida a los guardianes de la salud sobre la enfermedad de lepra con el objetivo de informar datos relevantes incluyendo aspectos:<br>- Clínicos<br>- Signos y síntomas |

| | |
|---|---|
| | - Mito sobre la enfermedad<br>- Formas de transmisión<br>- Medidas de prevención<br>- Diagnósticos temprano<br>- Tratamiento oportuno<br><br> |
| 11- Búsqueda activa, captación y remisión de los sintomáticos de respiratorios (Tuberculosis) de la población en los 22 municipios del departamento a las ESE de los Municipios. | Se realizo capacitación en socialización sobre la enfermedad de tuberculosis para orientar a la comunidad sobre que hacer frente a los signos y síntomas encontrados en cada territorio y micro territorio de los municipios del departamento del Atlántico para promover buenas prácticas de seguridad y salud en la comunidad.<br>el día 09/09/2025 sobre los siguientes temas:<br><br>- ¿Qué es?<br>- Causas y formas de transmisión<br>- Tipos de signos y síntomas<br>- Clasificación de la tuberculosis<br>- Prevención<br>- Diagnostico<br><br> |
| 12- Búsqueda activa, captación y remisión de la población susceptible en los 22 municipios del departamento | Durante el periodo relacionado no fue requerido este apoyo |
| 13- Cumplir con las metas establecidas por la subsecretaria de salud pública y entregar informes de gestión realizada con evidencias | Se presenta el informe de gestion del periodo relacionado. |
| 14- Realizar todas aquellas actividades que sean asignadas por el supervisor del contrato | Se realizo evaluación escrita y teórico practica por parte de la líder de campo Cindy bello a los guardianes de la salud sobre las distintas temáticas abarcadas por el programa para que tengan un mayor conocimiento, buen manejo de presentación personal y comunicación ante la comunidad en los municipios del departamento del Atlántico.<br>el día 01/09/2025 temas evaluados: |

- PAI
- Dengue
- Tuberculosis
- EDA/IRA
- ETA/EDA



Se realizo capacitación en socialización acerca de salud ambiental impulsando a los guardianes de la salud a informarse y educar a los 22 municipios del Atlántico enfocados en el manejo de los desechos de los residuos de medicamentos vencidos e implementar la estrategia para ampliar la cobertura del uso de los contenedores de medicamentos posconsumo.
los días 09/09/2025 y 24/09/2025 temas que se socializaron:

- salud ambiental
- ¿Cómo y dónde desechar los medicamentos vencidos?
- punto de recolección de los municipios que cuentan con los contenedores.

brindar estrategias de calidad a la comunidad para que se cumpla un buen manejo de los residuos de medicamentos posconsumo



El día 24 de septiembre de 2025 se realizó capacitación sobre los lineamientos de los estilos de vida saludable, dirigida a los guardianes de la salud con el objetivo de promover hábitos que contribuyan al bienestar físico, mental y social abarcando los siguientes temas específicos:

- Definición
- ¿Cómo podemos mantener un estilo de vida saludable?

- Beneficios de adoptar buenos estilos de vida saludable
- Alimentación balanceada
- Actividad física
- Buen descanso



Se realizo evaluación escrita y teórico practica por parte de la líder de campo Cindy Bello a los guardianes de la salud sobre las distintas temáticas abarcadas por el programa para que tengan un mayor conocimiento, buen manejo de presentación personal y comunicación ante la comunidad en los municipios del departamento del Atlántico.
El día 24/09/2025 temas evaluados:

- Pai
- importancia de la lactancia materna exclusiva
- EDA/IRA
- ETA/EDA
- Dengue



Se realizó el día 30/09/2025 capacitación virtual sobre los lineamientos de salud bucal para mejorar el bienestar y estilos de vida saludable aprendiendo a prevenir enfermedades, cuidados y mantener los dientes fuertes a diario.
los temas socializados:

- Definición
- Como fortalecer la salud bucal
- Control de placa bacteriana
- recomendaciones
- Como cepillar correctamente los dientes

| | |
|---|---|
| | ○ Alimentos que contribuyen a la salud bucal<br>○ Grupo de alto riesgo (gestantes)<br>○ Enfermedades bucales por malos habitos.<br> |

***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 | 9490956321 | 2025/09/01 | $234.900 |
| 2 | 9492239770 | 2025/09/30 | $440.500 |
| | | | |
| | | | |
| | SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS | | $675.400 |

**(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 28 días del mes de octubre de 2025.

**FIRMA DEL SUPERVISOR**
**OLINDA ONORO JIMÉNEZ**
**C.C.: 32.834.196 DE BARANOA**

SP2025834

**FIRMA DEL CONTRATISTA**
**LILIANA PATRICIA GARCIA ALMANZA**
**C.C.: 22.609.940 DE REPELÓN**

| | NOMBRE Y CARGO | DEPENDENCIA |
|---|---|---|
| Proyectó y revisó | Cindy Paola Bello Valbuena / Líder de campo programa guardianes de la salud | Subsecretaría de Salud Pública |
| Revisión técnica y Aprobación: | Nadina Casseres / Profesional Administrativo | Subsecretaría de Salud Pública |


Por favor indique la siguiente información:
Tipo de documento
Cédula de ciudadanía
Número de documento
22609940
Instructivo
EPS
NUEVA EPS MOVILIDAD
Valor aportado a EPS
178000
Clave de pago
9492239770
Verificar planilla
Verifique la validez de un soporte de pago.
Período de cotización (salud)
2026
09
No soy un robot
Verificar planilla
La información especificada coincide con un pago registrado en el sistema.

**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