

 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:	07
Contrato No:	202500447

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

Contratista:	MARIA CAROLINA PEÑA SUAREZ		
Identificación:	1.140.864.759		
Tipo de Contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS		
Nombre del Supervisor:	OLINDA OÑORO JIMENEZ		
Objeto del Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS QUE SE LLEVAN A CABO EN LA SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA EN ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN DEL 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)	202500304	Fecha de C.D.P.	29/01/2025
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	202500735	Fecha del R.P.	18/02/2025
Valor del Contrato			
	Contrato Inicial	\$ 52.800.000	
	Adición 1	\$	
	Adición 2	\$	
	Adición 3	\$	
	Total	\$ 52.800.000	
Fecha de inicio del contrato	Fecha de terminación del contrato	Fecha de Suspensión del contrato	Fecha de reinicio
2025/02/18	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		

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

			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		\$ 52.800.000
Adición No. 1		\$
Adición No. 2		\$
Adición No. 3		\$
Valor Total del contrato		\$ 52.800.000
Porcentaje del Anticipo	%	\$
Porcentaje del Pago anticipado	%	\$
Valor Amortizado del Anticipo		\$
Valor Ejecutado del Contrato		\$ 32.400.000
Valor por ejecutar		\$ 20.400.000
Valor a pagar en el presente Informe		\$ 5.100.000
No. Factura o Cuenta de Cobro		07

4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO

4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 01 DE AGOSTO AL 31 DE AGOSTO 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.Realizar seguimiento y monitoreo al 100% de los casos reportados en SIVIGILA de intentó suicida y consumo de sustancia psicoactiva a NNAJ de 7 a 21 años, por Comisarias de familia, ICBF, líneas de atención nacional, Instituciones educativas y otras entidades, en el marco del programa de orientación y acompañamiento familiar POAF.	Se realizaron 10 seguimientos a 3 casos abiertos de Puerto Colombia , caso ingresado por la línea de salud mental y Sivigila , remitido al POAF por intento de suicidio.
2.,Realizar acompañamiento y seguimiento individual y familiar el 100% de los casos reportados en la línea de Salud Mental y SIVIGILA y otras entidades, de menores de edad y mujeres, con problemáticas de violencia intrafamiliar, consumo de sustancias psicoactivas, particularmente, según protocolo establecido para tal fin.	Apoyo no requerido en el periodo relacionado
3.Orientar y gestionar la atención de la población objeto, en sus EAPB, y según los municipios asignados.	Apoyo no requerido en el periodo relacionado

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

4.Realizar visitas domiciliarias a los hogares a la población de niños, niñas, adolescentes, objeto de seguimiento, según se amerite.	Se apoyó no requerido en el periodo relacionado
5.Realizar informes semanales y/o quincenales sobre los seguimientos de los casos, según lo requiera supervisor.	Se realizaron registro en el drive sobre el caso asignado a Puerto Colombia
6.Realizar las coordinaciones necesarias en el sistema de salud, desde las Secretarías Municipales de Salud, EAPB, y otras entidades como comisarías de familia, ICBF y sector educativo, para lograr la atención integral de los niños, niñas y adolescentes, y familias.	Se apoyó en la feria de la convivencia., habilidades para la vida, socialización línea de salud mental . fecha: 06 de agosto de 2025. lugar: IE SIMON BOLIVAR PUERTO COLOMBIA
7.Apoyar en las contingencias que se presenten en la línea de atención de salud mental según lo requiera supervisor o el referente del programa.	Apoyo no requerido en el periodo relacionado
8.Brindar apoyo psicosocial presencial, virtual o telefónico al 100% de las solicitudes, a través de la línea de atención para la orientación e intervención en crisis en violencia intrafamiliar, suicidio, consumo de sustancias psicoactivas y salud mental.	Apoyo no requerido en el periodo relacionado
9.Recibir llamadas de casos que ameriten atención en Salud Mental con énfasis en suicidio y otras problemáticas de Salud Mental.	Apoyo no requerido en el periodo relacionado
10.Hacer acompañamiento a los casos según cada uno lo amerite (de intento de suicidio y otras problemáticas de Salud Mental).	Apoyo no requerido en el periodo relacionado
11.Diligenciar los registros requeridos y Presentar informes que se requieran.	Se realizaron actas de las actividades realizadas durante el mes
12.Apoyar la gestión de la atención integral de los casos ante el prestador o asegurador.	Apoyo no requerido en el periodo relacionado
13.Participar en los comités y reuniones para los cuales sea designado.	Apoyo no requerido en el periodo relacionado
14.Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor del contrato. Apoyo en las actividades asignadas por el supervisor del contrato. ➤ Reuniones semanales con el equipo de salud mental ➤ Reuniones semanales del equipo POAF para el mejoramiento de las directrices del programa. ➤ Gestiones requeridas con otras entidades	Se apoyo en revision plan de salud mental, socialización oferta institucional. Universidad santo tomas a distancia. Fecha: 04 de agosto de 2025. Lugar: virtual -psicohigiene a funcionarios de bienestar universitario . Fecha: 08 de agosto de 2025. Lugar: universidad rafael nuñez -participacion en la logistica grupos focales dirigidos a la poblacion focalizada con discapacidad en las ie del departamento

LINK DRIVE: https://drive.google.com/drive/folders/1zSKoArbW1gZQfQXeFgbBa4c6QNbTsm9X?usp=drive_link

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)

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

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.

7.1 ANEXO CONTROL DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL (*)

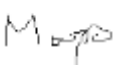
Número de la Cuenta de Cobro	Número de la Planilla	Fecha de Pago Planilla	Valor Total de la Planilla
1	9483114304	17/03/2025	\$ 440.500
2	9483114432	31/03/2025	\$ 631.100
3	9484101708	30/04/2025	\$ 631.100
4	9486650311	30/05/2025	\$631.100
5	9488040791	02/07/2025	\$631.100
6	9488455215	30/07/2025	\$631.100
7	9491029729	02/09/2025	\$631.100
	<u>SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS</u>		\$ 4.227.100

(La sumatoria total de las planillas 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 05 septiembre de 2025.


FIRMA DEL SUPERVISOR
C.C.: 32.834.196 de Baranoa


FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C.: (1.140.864.759) de (Barranquilla)

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

	NOMBRE Y CARGO	DEPENDENCIA
Proyectó	Juan Carlos del Castillo Iglesias / apoyo administrativo Programa Salud Mental	Subsecretaría de Salud Pública
Revisó	María Elena Menco / Referente Programa Salud Mental	Subsecretaría de Salud Pública
Aprobó:	Nadina Casseres / Profesional Administrativo	Subsecretaría de Salud Pública

VALIDACIÓN PLANILLA DE PAGO - MARIA CAROLINA PEÑA SUAREZ

3/9/25, 14:52

Verificar Planilla



Verificar planilla

Verifique la validez de un soporte de pago.

Por favor indique la siguiente información:

Tipo de documento	Número de documento
Cédula de ciudadanía ▼	1140864759

EPS

EPS SURA (ANTES SUSALUD) ⓘ

Valor aportado a EPS

255000 ⓘ

Clave de pago

9491029729 ⓘ

Período de cotización (salud)

2025 ▼ **08** ▼ ⓘ

☐ No soy un robot reCAPTCHA
Privacidad - Condiciones

Verificar planilla



La información especificada coincide con un pago registrado en el sistema.

Copyright © 2025 Aportes en Línea. Todos los derechos reservados.

CERTIFICA

Yo, **MARIA ELENA Menco Polanco**, identificada con cedula de ciudadanía N° **32.657.182** de Barranquilla, bajo el cargo de líder de programa de la subsecretaría de salud pública del departamento del Atlántico, certifico: que la contratista, **MARIA CAROLINA PEÑA SUAREZ**, identificada con cedula de ciudadanía N° **CC1.140.864.759**; cumplió con las actividades suscritas en el contrato N° **202500447**; de fecha 18 de febrero de 2.025, en el periodo comprendido del 1 de agosto de 2025 al 31 de agosto 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 y monitoreo al 100% de los casos reportados en SIVIGILA de intentó suicida y consumo de sustancia psicoactiva a NNAJ de 7 a 21 años, por Comisarias de familia, ICBF, líneas de atención nacional, Instituciones educativas y otras entidades, en el marco del programa de orientación y acompañamiento familiar POAF.	Se realizan , 10 seguimientos a 3 casos abiertos de Puerto Colombia , caso ingresado por la linea de salud mental y Sivigila , remitido al POAF por intento de suicidio.
2.,Realizar acompañamiento y seguimiento individual y familiar el 100% de los casos reportados en la línea de Salud Mental y SIVIGILA y otras entidades, de menores de edad y mujeres, con problemáticas de violencia intrafamiliar, consumo de sustancias psicoactivas, particularmente, según protocolo establecido para tal fin.	Apoyo no requerido en el periodo relacionado
3.Orientar y gestionar la atención de la población objeto, en sus EAPB, y según los municipios asignados.	Apoyo no requerido en el periodo relacionado
4.Realizar visitas domiciliarias a los hogares a la población de niños, niñas, adolescentes, objeto de seguimiento, según se amerite.	Apoyo no requerido en el periodo relacionado
5.Realizar informes semanales y/o quincenales sobre los seguimientos de los casos, según lo requiera supervisor.	Se realiza registro en el drive sobre el caso asignado a Puerto Colombia
6.Realizar las coordinaciones necesarias en el sistema de salud, desde las Secretarías Municipales de Salud, EAPB, y otras entidades como comisarias de familia, ICBF y sector educativo, para lograr la atención integral de los niños, niñas y adolescentes, y familias.	- FERIA DE LA CONVIVENCIA., HABILIADES PARA LA VIDA, SOCIALIZACION LINEA DE SALUD MENTAL . Fecha: 06 DE AGOSTO DE 2025. Lugar: IE SIMON BOLIVAR PUERTO COLOMBIA
7.Apoyar en las contingencias que se presenten en la línea de atención de salud mental según lo requiera supervisor o el referente del programa.	Apoyo no requerido en el periodo relacionado
8.Brindar apoyo psicosocial presencial, virtual o telefónico al 100% de las solicitudes, a través de la línea de atención para la orientación e intervención en crisis en violencia intrafamiliar, suicidio, consumo de sustancias psicoactivas y salud mental.	Apoyo no requerido en el periodo relacionado

9. Recibir llamadas de casos que ameriten atención en Salud Mental con énfasis en suicidio y otras problemáticas de Salud Mental.	Apoyo no requerido en el periodo relacionado
10. Hacer acompañamiento a los casos según cada uno lo amerite (de intento de suicidio y otras problemáticas de Salud Mental).	Apoyo no requerido en el periodo relacionado
11. Diligenciar los registros requeridos y Presentar informes que se requieran.	SE REALIZAN ACTAS DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DAS DURANTE EL MES
12. Apoyar la gestión de la atención integral de los casos ante el prestador o asegurador.	Apoyo no requerido en el periodo relacionado
13. Participar en los comités y reuniones para los cuales sea designado.	Apoyo no requerido en el periodo relacionado
14. Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor del contrato. Apoyo en las actividades asignadas por el supervisor del contrato. ➤ Reuniones semanales con el equipo de salud mental ➤ Reuniones semanales del equipo POAF para el mejoramiento de las directrices del programa. ➤ Gestiones requeridas con otras entidades	---REVISION PLAN DE SALUD MENTAL, SOCIALIZACION OFERTA INSTITUCIONAL. UNIVERSIDAD SANTO TOMAS A DISTANCIA. Fecha: 04 DE AGOSTO DE 2025. Lugar: VIRTUAL -PSICOHIGIENE A FUNCIONARIOS DE BIENESTAR UNIVERSITARIO . Fecha: 08 DE AGOSTO DE 2025. Lugar: UNIVERSIDAD RAFAEL NUÑEZ -PARTICIPACION EN LA LOGISTICA GRUPOS FOCALIZADOS DIRIGIDOS A LA POBLACION FOCALIZADA CON DISCAPACIDAD EN LAS IE DEL DEPARTAMENTO

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 los (3), días del mes de septiembre de 2025.

Cordialmente,



NOMBRE DEL REFERENTE DEL PROGRAMA

Líder de Programa Salud Mental
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