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

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

Informe de Supervisión No:	1
Contrato No:	202502792

**1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO**

Contratista:	MARIA LUISA REYES RADA		
Identificación:	32831750		
Tipo de Contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS		
Nombre del Supervisor:	OLINDA OÑORO JIMENEZ		
Objeto del Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA ACOMPAÑAR Y ASISTIR LAS ACCIONES, ACTIVIDADES Y PROCESOS QUE SE LLEVAN A CABO EN EL AREA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA, EN LOS 22 MUNICIPIOS 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)	202502207	Fecha de C.D.P.	202508//27
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	202506648	Fecha del R.P.	2025/09/24
Valor del Contrato	Contrato Inicial	\$11.600.000	
	Adición 1	\$	
	Adición 2	\$	
	Adición 3	\$	
	Total	\$11.600.000	
Fecha de inicio del contrato	Fecha de terminación del contrato	Fecha de Suspensión del contrato	Fecha de reinicio
24/09/2025	31/12/2025		

**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		

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

		Otros	
--	--	-------	--

### 3. ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO (\*)


DESCRIPCIÓN	VALOR
Valor del Contrato Inicial	\$11.600.000
Adición No. 1	\$
Adición No. 2	\$
Adición No. 3	\$
Valor Total del contrato	\$11.600.000
Porcentaje del Anticipo	%
Porcentaje del Pago anticipado	%
Valor Amortizado del Anticipo	\$
Valor Ejecutado del Contrato	\$ 2.000.000
Valor por ejecutar	\$ 9.600.000
Valor a pagar en el presente Informe	\$ 2.000.000
No. Factura o Cuenta de Cobro	1

### 4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO

#### 4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 24 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 Realizar encuestas de monitoreo en los municipios asignados durante la evaluación de coberturas de vacunación del Programa Ampliado de Inmunizaciones y apoyar la digitación de éstas. Para ello debe diligenciar de manera correcta todas las encuestas asignadas de acuerdo con los lineamientos dados por el Ministerio de Salud y Protección Social.	La actividad no ha sido programada
2 Hacer entrega al coordinador de la evaluación de coberturas de vacunación de los formatos diligenciados en un periodo no superior a un día después de finalizada la actividad.	La actividad no ha sido programada
3. Realizar encuestas durante el desarrollo de la búsqueda activa comunitaria en los municipios asignados y/o ante la presencia de brotes o casos que requieran su realización, para ello deberá diligenciar la información en los formatos establecidos para tal fin y entregarlos completamente diligenciados a la profesional asignada para la coordinación de la actividad.	La actividad no ha sido programada
4 Apoyar la Vigilancia Basada en Comunidad en los municipios asignados y diligenciar matriz semanal de reporte en los formatos asignados para tal fin.	Se recibió inducción por parte de las profesionales de apoyo encargada de la Vigilancia Basada en Comunidad y del programa de Inmunoprevenibles durante los días 24 al 30 de septiembre de 2025 en las

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

	instalaciones de la oficina de Vigilancia en Salud Pública, sobre los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, aplicación de encuestas de Búsquedas Activas Comunitarias y del protocolo de realización del monitoreo de cobertura de vacunación.
5 Apoyar las acciones realizadas en la Subsecretaría de Salud Pública, de acuerdo con programación realizada por el área.	La actividad no ha sido programada
6 Entregar informe mensual que consolide la información de la ejecución del objeto contractual y se evidencie el cumplimiento de éste, de manera cuantitativa y cualitativa.	Se cumplió haciendo entrega de la información realizada de acuerdo con el objeto del contrato de manera cuantitativa y cualitativa.
7 Subir a la carpeta de OneDrive, con frecuencia semanal, todos los soportes que evidencien el avance en la ejecución del contrato y finalizado el período mensual subirá el informe escrito donde relacione los avances de cada actividad contratada	Se cumplió con lo establecido en este ítem.
8 Realizar todas aquellas actividades que sean asignadas por el supervisor del contrato.	Se asistió a reuniones convocadas por la Referente del área de Vigilancia en Salud Pública de la Subsecretaría de Salud Pública Departamental.

*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).

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

**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 (\*)**

<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	4622070614	2025/09/16	440.500
	SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS		

**(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 17 del mes de octubre del 2025

  
**OLINDA OÑORO JIMENEZ**  
 C.C.: 32834196 de Baranoa

  
**MARIA LUISA REYES RADA**  
 CC 32831750

	<b>NOMBRE Y CARGO</b>	<b>DEPENDENCIA</b>
Proyectó	Cupertino Antonio Bravo Ospino/ Apoyo administrativo Programa Vigilancia Salud Pública	Vigilancia en Salud Pública
Revisó	Sixta Tulia Peñaloza Parra/ Referente Programa Vigilancia en Salud Pública	Vigilancia en Salud Pública
Aprobó:	Nadina Casseres / Profesional Administrativo	Secretaría de Salud Pública

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

**VALIDACIÓN PLANILLA DE PAGO - MARIA LUISA REYES RADA**

 SECRETARÍA GENERAL	<b>SERVICIOS – BIENES Y SUMINISTROS</b>	<b>FECHA DE APROBACIÓN</b>	<b>2024-01-31</b>
---	---	----------------------------	-------------------


Planillas disponibles para pago


Soportes de pago


Certificados por colizante

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


No. de planilla \*

Administradora de riesgos \*

No Cortar ARL

Tus resultados:

No. Planilla	Tipo planilla	Valor pagado	Estado	Forma de presentación	Período liquidado	Enviar comprobante de pago	Soporte de pago
4622070614	I	\$440.500	PAGADA	UNICO	2025-09		

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



**CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE**



Certificamos que MARIA LUISA con documento CEDULA DE CIUDADANIA 32831750, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) MARIA LUISA REYES RADA con documento CC 32831750, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	4622070614	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotizado Otros	SEPTIEMBRE/2025	Periodo Cotización Salud	SEPTIEMBRE/2025
Fecha Pago	2025/09/16	Número de Autorización	9994033351

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
	PENSIÓN	Administradora	25-14 COLPENSIONES
Días	30 Tarifa		16,000 %
Indicador tarifa especial	Normal		

	SALUD	Administradora	EPS002 - SALUD TOTAL
Días	30 Tarifa		12,500 %

	RIESGOS PROFESIONALES	Administradora	14-25 - COLMENA
Días	30 Tarifa		2,436 %
Clase de Riesgo	3		

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO



SECRETARÍA GENERAL

# INFORME DE SUPERVISION DE CONTRATOS PARA PRESTACION DE SERVICIOS – BIENES Y SUMINISTROS

VERSIÓN  
FECHA DE APROBACIÓN

001  
2024-01-31

**PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES**   
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACION:	CEDULA DE CIUDADANIA NUMERO DE IDENTIFICACION:	30631750	
NOMBRE O RAZON SOCIAL:	BARRANQUILLA DEPARTAMENTO:	MARIA LUISA REYES RADA	
CIUDADMUNICIPIO:	CLL 81 NO 38 86 TELEFONO:	ATLANTICO	
DIRECCION:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	3008600	
TIPO APORTANTE:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	I-INDEPENDIENTE	
TIPO EMPRESA:	UNICO	Actividades reguladoras y	
FORMA DE PRESENTACION:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEHA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NUMERO PLANILLA:	<b>4622070614</b>	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACION:	MES: septiembre	PERIODO COTIZACION:	MES: septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	ANO: 2025	SALUD:	ANO: 2025
DIAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/aa):	2025/09/18	NUMERO AUTORIZACION:	9994033351

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	CCR	VRE	VRT	SLN	COM	IGE	LMA	VAG	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
<b>PENSIÓN</b>				
ADMINISTRADORA				
NIT	CODIGO	NOMBRE		
8003360047	25-14	25-14 COL ESTEROSOS	1	\$ 227.800
<b>SUBTOTAL:</b>			1	\$ 227.800
<b>SALUD</b>				
ADMINISTRADORA				
NIT	CODIGO	NOMBRE		
8001308074	EP8002	EP8002-SALUD TOTAL	1	\$ 178.000
<b>SUBTOTAL:</b>			1	\$ 178.000
<b>RENDOS PROFESIONALES</b>				
ADMINISTRADORA				
NIT	CODIGO	NOMBRE		
8002281783	14-26	14-26 COL MENA	1	\$ 34.700
<b>SUBTOTAL:</b>			1	\$ 34.700

<b>VALOR SIN MORA:</b>	<b>\$ 440.500</b>
<b>VALOR MORA:</b>	<b>\$ 0</b>
<b>TOTAL PAGADO:</b>	<b>\$ 440.500</b>



## CERTIFICACIÓN

Yo, **SIXTA PEÑALOZA PARRA**, identificada con cédula de ciudadanía N° 26689555 de Aracataca, bajo el cargo de referente de vigilancia epidemiológica de la subsecretaría de salud pública del departamento del Atlántico, certifico: que la contratista, **MARIA LUISA REYES RADA**, identificada con cédula de ciudadanía N° CC32831750; cumplió con las actividades suscritas en el contrato N° **202502792**; de fecha 24 de septiembre de 2025, en el periodo comprendido del 24 al 30 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. Realizar encuestas de monitoreo en los municipios asignados durante la evaluación de coberturas de vacunación del Programa Ampliado de Inmunizaciones y apoyar la digitación de éstas. Para ello debe diligenciar de manera correcta todas las encuestas asignadas de acuerdo con los lineamientos dados por el Ministerio de Salud y Protección Social.	La actividad no ha sido programada
2. Hacer entrega al coordinador de la evaluación de coberturas de vacunación de los formatos diligenciados en un periodo no superior a un día después de finalizada la actividad.	La actividad no ha sido programada
3. Realizar encuestas durante el desarrollo de la búsqueda activa comunitaria en los municipios asignados y/o ante la presencia de brotes o casos que requieran su realización, para ello deberá diligenciar la información en los formatos establecidos para tal fin y entregarlos completamente diligenciados a la profesional asignada para la coordinación de la actividad.	La actividad no ha sido programada



4. Apoyar la Vigilancia Basada en Comunidad en los municipios asignados y diligenciar matriz semanal de reporte en los formatos asignados para tal fin.	Se recibió inducción por parte de las profesionales de apoyo encargada de la Vigilancia Basada en Comunidad y del programa de Inmunoprevenibles durante los días 24 al 30 de septiembre de 2025 en las instalaciones de la oficina de Vigilancia en Salud Pública, sobre los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, aplicación de encuestas de Búsquedas Activas Comunitarias y del protocolo de realización del monitoreo de cobertura de vacunación.
5. Apoyar las acciones realizadas en la Subsecretaría de Salud Pública, de acuerdo con programación realizada por el área	La actividad no ha sido programada
6. Entregar informe mensual que consolide la información de la ejecución del objeto contractual y se evidencie el cumplimiento de éste, de manera cuantitativa y cualitativa.	Se cumplió haciendo entrega de la información realizada de acuerdo con el objeto del contrato de manera cuantitativa y cualitativa.
7. Subir a la carpeta de OneDrive, con frecuencia semanal, todos los soportes que evidencien el avance en la ejecución del contrato y finalizado el periodo mensual subirá el informe escrito donde relacione los avances de cada actividad contratada	Se cumplió con lo establecido en este item.
8. Realizar todas aquellas actividades que sean asignadas por el supervisor del contrato.	Se asistió a reuniones convocadas por la Referente del área de Vigilancia en Salud Pública de la Subsecretaría de Salud Pública Departamental.

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.

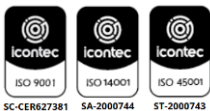
En constancia de lo anterior firmo el presente documento a los (15), días del mes de octubre del 2025.

**SIXTA TULIA PEÑALOZA PARRA**  
Profesional Universitario



GOBERNACIÓN DEL  
**ATLÁNTICO**

Referente Vigilancia en Salud  
Pública Subsecretaria de Salud  
Pública Secretaria 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](mailto:atencionalciudadano@atlantico.gov.co)

**De:** Edgardo Efraín Gómez Barros <[egomez@atlantico.gov.co](mailto:egomez@atlantico.gov.co)>  
**Enviado:** jueves, 13 de marzo de 2025 8:23  
**Para:** Olinda Oñoro Jiménez <[oonoro@atlantico.gov.co](mailto: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](mailto:oonoro@atlantico.gov.co)>  
**Enviado:** miércoles, 12 de marzo de 2025 17:38  
**Para:** Edgardo Efraín Gómez Barros <[egomez@atlantico.gov.co](mailto:egomez@atlantico.gov.co)>  
**Cc:** Rosario Paola Hernández Herrera  
<[rhernandez@atlantico.gov.co](mailto:rhernandez@atlantico.gov.co)>; [contratacionopssaludpublica@gmail.com](mailto:contratacionopssaludpublica@gmail.com) <[contratacionopssaludpublica@gmail.com](mailto: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](mailto: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