 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:	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 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		
			Otros		

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

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	\$ 11.600.000
Valor por ejecutar	\$ 0
Valor a pagar en el presente Informe	\$ 3.2000.000
No. Factura o Cuenta de Cobro	4

4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO

4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DE DICIEMBRE 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.	Realizaré 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, en el período del mes de Diciembre del 2025.
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.	Realizaré entrega al coordinador de la evaluación de coberturas de vacunación de los formatos diligenciados, diligenciando la información en los formatos establecidos para tal fin, haciendo entregas completamente diligenciados a la profesional asignada para la coordinación, en el período del del mes de Diciembre del 2025.
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.	Realizaré 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, en el período del mes de Diciembre del 2025.

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

4 Apoyar la Vigilancia Basada en Comunidad en los municipios asignados y diligenciar matriz semanal de reporte en los formatos asignados para tal fin.	Apoyaré la Vigilancia Basada en Comunidad en los municipios asignados y diligenciar matriz semanal de reporte en los formatos asignado, durante el período del mes de Diciembre del 2025.
5 Apoyar las acciones realizadas en la Subsecretaría de Salud Pública, de acuerdo con programación realizada por el área.	Entregaré informe donde se consolida la ejecución del objeto del contrato de manera cuantitativa y cualitativa, durante el período del mes de Diciembre del 2025.
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.	Entregaré informe mensual que consolide la información de la ejecución del objeto contractual y se evidencie el cumplimiento de éste, de manera cuantitativa y cualitativa, durante el período del mes de Diciembre del 2025.
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	Subiré 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.
8 Realizar todas aquellas actividades que sean asignadas por el supervisor del contrato.	Realizaré las actividades que me sean asignadas por parte de la Referente del área de Vigilancia en Salud Pública y la Supervisora del contrato, en el período del del mes de Diciembre del 2025.

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

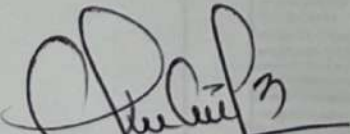
7.1 ANEXO CONTROL DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL (*)

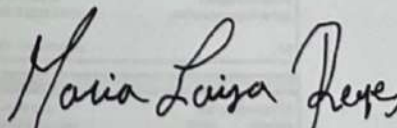
Número de la Cuenta de Cobro	Número de la Planilla	Fecha de Pago Planilla	Valor Total de la Planilla (sin Intereses)
1	4622070614	2025/09/16	440.500
2	4622087411	2025/10/21	\$ 440.500
3	4627096700	2025/11/07	\$ 440.500
4	4629705895	2025/11/10	\$ 440.500
SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS			

(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, mes de diciembre del 2025


OLINDA OÑORO JIMENEZ
 C.C.: 32834196 de Baranoa
 29/12/2025


MARIA LUISA REYES RADA
 CC 32831750

	NOMBRE Y CARGO	DEPENDENCIA
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



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

VERSIÓN	001
FECHA DE APROBACIÓN	2024-01-31

VALIDACIÓN PLANILLA DE PAGO

Datos del aportante:

Planillas disponibles para pago

Reportes de pago

Certificados por cotizante

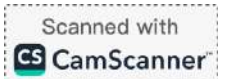
El/los cotizante/s se encuentra/n en situación de pago de sus aportes. Ingrese a través del aplicativo con acceso de administrador al portal Transaccional para verificar sus puntos de conexión a la Validación de PSE.

No. Planilla	Tipo de Planilla	Valor pagado	Estado	Forma de presentación	Período liquidado	Crear componente de pago	Reporte de pago
4429705693	*	\$440.500	PAGADA	UNICO	2025-12		

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																
TIPO IDENTIFICACIÓN	CEDLA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 32831750															
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	MARÍA LUISA REYES RADA															
CIUDADMUNICIPIO	BARRIQUILLA DEPARTAMENTO: ATLÁNTICO															
DIRECCIÓN	CLL 81 NO 33 55 TELÉFONO: 3038888															
TIPO APORTANTE	SI-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE															
TIPO EMPRESA	PRIVADA ACTIVIDAD ECONÓMICA: Actividades reguladas y															
FORMA DE PRESENTACIÓN	UNICO															
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD: SI/NA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)	NO															
DATOS GENERALES DE LA PLANILLA																
NÚMERO PLANILLA	4629705895 TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES															
PERÍODO COTIZACIÓN	MES: diciembre PERÍODO COTIZACIÓN: MES: diciembre															
OTROS SUBSISTEMAS	AÑO: 2025 SALUD: AÑO: 2025															
DÍAS DE MORA	0															
FECHA PAGO (AAAA-MM-DD)	2025/11/18 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 6994053672															
NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IDE	LMA	VAD	AVP	VCT	IRP
LIQUIDACIÓN GENERAL																
														TOTALES		
														COTIZANTES TOTAL PAGADO		
PENSIÓN																
ADMINISTRADORA																
NT	CÓDIGO	NOMBRE														
662330047	25-14	25-14 COLPENSIONES														
																\$ 227.800
SUBTOTAL																\$ 227.800
SALUD																
ADMINISTRADORA																
NT	CÓDIGO	NOMBRE														
662130074	EP5002	EP5002-SALUD TOTAL														
																\$ 178.000
SUBTOTAL																\$ 178.000
RIESGOS PROFESIONALES																
ADMINISTRADORA																
NT	CÓDIGO	NOMBRE														
662321703	14-25	14-25-COLMERA														
																\$ 34.700
SUBTOTAL																\$ 34.700

VALOR SIN MORA:	\$ 440.500
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 440.500





ACTA DE COMPROMISO

Entre los suscritos a saber, **OLINDA OÑORO JIMENEZ** en mi condición de supervisor del **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 202502792** y **MARIA LUISA REYES RADA**, en mi condición de contratista, identificado como aparece al pie de la correspondiente firma, se suscribe el presente acuerdo, previa las siguientes consideraciones:

Que el **24 de septiembre del 2025** se suscribió entre el Departamento del Atlántico y **MARIA LUISA REYES RADA**, el contrato de prestación de servicios No. **202502792**, con un plazo de ejecución del contrato será hasta el **31 de diciembre 2025**

Que la forma de pago se pactó de la siguiente forma:

"EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO cancelará el valor del contrato de la siguiente manera Un primer pago a 30 septiembre 2025 por dos millones de pesos M/L (2.000.000) seguido de Tres (3) pagos mensuales iguales por un valor DE TRES MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/L (\$3.200.000) Cada pago debe estar precedido por la presentación de la factura o cuenta de cobro, recibido a satisfacción por parte del supervisor, acreditación del pago a la seguridad social (salud, pensión y riesgos laborales) y el pago de los impuestos a que haya lugar."

Qué en cumplimiento de la forma de pago pactada, y de conformidad con la Circular con radicado 20250720121013 de fecha 19 de noviembre de 2025, expedida por la Secretaría de Hacienda Departamental, la fecha límite para entregar bienes y recibir a satisfacción, así como la recepción de la documentación y envío de facturas, será hasta el día **VIERNES 05 DE DICIEMBRE DE 2025**; fecha en la cual se realizará el cierre de tesorería, contable y presupuestal 2025. Así las cosas, hasta esta fecha se dará trámite a la gestión de pagos desde la Subsecretaría de Contabilidad, actividad que deberá ser realizada a través de la plataforma denominada "Colombia Gestiona- Sifweb".

Que en virtud de lo anteriormente expuesto y con el fin de cumplir con el pago de los honorarios pactados dentro de la vigencia fiscal 2025, se hace necesario autorizar la presentación o radicación anticipada de la cuenta de cobro del periodo de **DICIEMBRE** comprendido entre **1 AL 31 DICIEMBRE** atendiendo la fecha límite establecida por el Departamento del Atlántico en la Circular antes mencionada.





GOBERNACIÓN DEL
ATLÁNTICO

Por lo anterior, **MARIA LUISA REYES RADA**, en mi condición de contratista me comprometo a seguir cumpliendo con las actividades y obligaciones establecidas en el contrato suscrito, especialmente las que deban ejecutarse durante el periodo de **DICIEMBRE** comprendido entre el **1 AL 31 DE DICIEMBRE 2025** y a entregar oportunamente al supervisor el informe de actividades respectivo, con los soportes a que haya lugar.

La presente acta de compromiso se suscribe por quienes en ella han intervenido, en el mes de diciembre de 2025.

OLINDA OÑORO JIMENEZ
SUPERVISOR

C.C. 32.834.196 de Baranoa

sp/2029863

MARIA LUISA REYES RADA
CONTRATISTA

C.C. 32831750



NIT: 900.102.000-1
Código Postal: 800001
Código: 0500-80-000

Gobernación del Atlántico
atlantico.gov.co

atencionciudadanos@atlantico.gov.co
+57(57) 330 7303
Calle 40 carreras 45 y 46 / Baranquilla - Colombia
Línea Gratuita: 01 8000 915 107