

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

los cuadros con la información del contrato y acta de inicio)

Informe de Supervisión No:	2
Contrato No:	202503171

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

Contratista:	DELIA ROSA SERGE CUENTAS												
Identificación:	32.847.027												
Tipo de Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS												
Nombre del Supervisor:	OLINDA OÑORO JIMÉNEZ												
Objeto del Contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA COMPLEMENTAR LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES EMERGENTES, REMERGENTES Y DESATENDIDAS – TUBERCULOSIS, MEDIANTE LAS ACCIONES QUE LLEVA A CABO LA SUBSECRETARÍA DE SALUD PUBLICA EN LOS 22 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO.												
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)	202502354	Fecha de C.D.P.	10/09/2025										
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	202508344	Fecha del R.P.	06/11/2025										
Valor del Contrato	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Contrato Inicial</td> <td>\$5.800.000</td> </tr> <tr> <td>Adición 1</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>Adición 2</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>Adición 3</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>\$ 5.800.000</td> </tr> </table>			Contrato Inicial	\$5.800.000	Adición 1	\$	Adición 2	\$	Adición 3	\$	Total	\$ 5.800.000
Contrato Inicial	\$5.800.000												
Adición 1	\$												
Adición 2	\$												
Adición 3	\$												
Total	\$ 5.800.000												
Fecha de inicio del contrato	Fecha de terminación del contrato	Fecha de Suspensión del contrato	Fecha de reinicio										
06/11/2025	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)

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

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	\$ 5.800.000
Adición No. 1	\$
Adición No. 2	\$
Adición No. 3	\$
Valor Total del contrato	\$ 5.800.000
Porcentaje del Anticipo	% \$
Porcentaje del Pago anticipado	% \$
Valor Amortizado del Anticipo	\$
Valor Ejecutado del Contrato	\$ 5.800.000
Valor por ejecutar	\$ 0
Valor a pagar en el presente Informe	\$ 3.000.000
No. Factura o Cuenta de Cobro	2

4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO

4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL MES DE DICIEMBRE DEL 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:

[Handwritten signature]

10/4



SECRETARÍA GENERAL

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

VERSIÓN

001

FECHA DE
APROBACIÓN

2024-01-31

Detalle de las Actividades Realizadas-

Obligación	Producto
<p>1. Realizar visitas de seguimiento a los casos notificados en coordinación con las Secretarías de Salud Municipales para fortalecer el estudio de contactos de casos de Tuberculosis especialmente en menores de 15 años, personas viviendo con TB/VIH, mayores de 65 años, entre otros.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Realizaré visitas de seguimiento en coordinación con las Secretarías de Salud Municipales para fortalecer el estudio de contactos de los casos de tuberculosis, dando prioridad a poblaciones vulnerables como menores de 15 años, personas con TB/VIH, adultos mayores y otros grupos de riesgo. Verificaré el cumplimiento del tratamiento, las condiciones clínicas y sociales del paciente, y brindaré educación en prevención y detección temprana durante estas visitas e igualmente, apoyaré los procesos de búsqueda activa comunitaria y la identificación de contactos.
<p>2. Realizar reporte del 100% de PATB en riesgo de pérdida en el seguimiento, de casos de TB con riesgo o pérdida en el seguimiento al tratamiento, no acceso al TARV en casos de coinfección, no acceso a controles por Bk y cultivo, consultas médicas, enfermería, nutrición y otros paraclínicos establecidos en la resolución 227 de 2020 para TB sensible, latente a su referente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Realizaré la identificación y reporte de pacientes con riesgo de pérdida al seguimiento del tratamiento, casos con barreras de acceso a consultas médicas, TARV, controles por Bk y cultivo, y demás componentes establecidos por la Resolución 227 de 2020. Priorizaré casos sensibles y latentes, especialmente en poblaciones con condiciones socioeconómicas críticas, asegurando el acompañamiento necesario para promover la adherencia terapéutica.

Handwritten initials



SECRETARÍA GENERAL

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

VERSIÓN

001

FECHA DE
APROBACIÓN

2024-01-31

3. Hacer el reporte en la IPS o ESE de la visita de investigación de campo realizada a los casos de TB sensibles.

- Recopilaré información durante las visitas de investigación de campo y la remitiré oportunamente a las IPS y ESE correspondientes.
- Promoveré el uso de esta información para ajustar planes de intervención y realizaré seguimiento a los compromisos generados.
- Coordinaré visitas a las Secretarías de Salud Municipales y ESE para garantizar que estén informadas y articuladas respecto a los casos activos y sus respectivos contactos.

4. Realizar reporte de personas sintomáticas respiratorias derivadas de las Organizaciones de Base Comunitarias y TDO con apoyo comunitario por líderes entrenados en la estrategia ENGAGE TB en los formatos de los indicadores que hacen parte de la Caja de Herramientas TB-VIH.


- Me mantendré en disposición de recoger y reportar información proveniente de Organizaciones de Base Comunitaria, líderes comunitarios y TDO con apoyo comunitario, siguiendo los lineamientos de la estrategia ENGAGE TB.

5. Suministrar la información de las visitas de investigación de campo y de seguimiento, con el fin de alimentar la base de datos de contactos.

- Recopilaré de forma sistemática toda la información generada en las visitas de campo y seguimiento, validando su calidad antes de integrarla a la base de datos institucional de contactos.
- Organizaré y clasificaré los registros por tipo de contacto (intradomiciliario, laboral, escolar, etc.) y entregaré oportunamente la información al equipo técnico encargado de la gestión de datos, garantizando trazabilidad y respaldo documental.

6. Hacer seguimiento de las atenciones realizadas a los contactos de pacientes con TB derivados para valoración médica institucional.

- Realizaré seguimiento a los contactos identificados para verificar que asistan a valoración médica, estudios paraclínicos y controles programados en las IPS correspondientes.
- Gestionaré apoyo institucional cuando se identifiquen barreras de acceso y entregaré informes de seguimiento para facilitar decisiones clínicas y programáticas, incluyendo la indicación de tratamientos

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

	preventivos cuando corresponda.
7. Coordinar con las ET del orden municipal y/o localidades concordancia en los registros de contactos, punto tres del informe de casos y actividades: actividades y contactos de informe mensual e indicadores de VPS.	<ul style="list-style-type: none"> Sostendré reuniones de coordinación y asistencia técnica con las entidades territoriales municipales, con el fin de revisar la concordancia de los registros de contactos, depurar inconsistencias y fortalecer los procesos de vigilancia y seguimiento.
8. Gestionar información, asistir técnicamente a las entidades territoriales de orden municipal, localidades o regiones para presentar acciones programáticas y estudio de contactos en las unidades de análisis de mortalidad de todos los menores de 15 años, menor de 50 años en población indígenas, habitante de calle, residencia difícil acceso geográfico o población privada de la libertad y defunción a los seis meses del diagnóstico de acuerdo con los lineamientos de VSP del Instituto Nacional de Salud.	<ul style="list-style-type: none"> Brindaré asistencia técnica cuando las entidades territoriales o el Instituto Nacional de Salud lo soliciten, especialmente en unidades de análisis de mortalidad o eventos en poblaciones priorizadas: menores de 15 años, indígenas, habitantes de calle, población privada de la libertad o personas en territorios de difícil acceso. Me mantendré disponible para apoyar la presentación de acciones programáticas y el análisis de casos complejos.
9. Realizar todas aquellas actividades que sean asignadas por el supervisor del contrato	<ul style="list-style-type: none"> Atenderé de manera oportuna todas las actividades adicionales que sean asignadas por el supervisor del contrato, incluyendo participación en jornadas de búsqueda activa, reuniones técnicas, capacitaciones, articulación territorial y otras acciones que fortalezcan el programa departamental de tuberculosis.

NOTA: Se relacionan las actividades realizadas por el contratista durante el plazo de ejecución del contrato.


1. NOVEDADES O SITUACIONES ANORMALES PRESENTADAS DURANTE EL DESARROLLO DEL CONTRATO

Durante el presente periodo 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)

2. 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.

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

- 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.

3. 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 (*)

<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	4631723051	25/11/2025	\$609.500
2	4632711316	01/12/2025	\$649.700
SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS			\$1.259.200

(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, en el mes de diciembre de 2025.


 FIRMA DEL SUPERVISOR
 C.C: 32834196 de Baranoa
 # SP20299PS


 FIRMA DEL CONTRATISTA
 C.C: 32.847.027

	<u>NOMBRE Y CARGO</u>	<u>DEPENDENCIA</u>
Proyectó	Hernan Valencia Martinez – Profesional Administrativo PAI – TB - Lepra	Subsecretaria de Salud Pública
Revisó	Terésita Mastrodomenico Medina – Referente PAI – TB - Lepra	Subsecretaria de Salud Pública
Aprobó	Nadina Casseres – Profesional Administrativo	Subsecretaria de Salud Pública

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

VALIDACIÓN PLANILLA DE PAGO – DELIA ROSA SERGE CUENTAS


Datos del aportante:

Tipo de documento *

Cédula de ciudadanía

No. de documento *

32847027

 Planillas disponibles para pago

 Soportes de pago

 Certificados por cotizante

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 *

4632711316

Administradora de riesgos *

14-11 - ARL SURA

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
4632711316	I	\$649,700	PAGADA	UNICO	2025-12		

AL Cop



ACTA DE COMPROMISO

Entre los suscritos a saber, **OLINDA OÑORO JIMENEZ** en mi condición de supervisor del **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 202503171** y **DELIA ROSA SERGE CUENTAS** 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 **06 de NOVIEMBRE del 2025** se suscribió entre el Departamento del Atlántico y **DELIA ROSA SERGE CUENTAS** el contrato de prestación de servicios No **202503171**, con un plazo de ejecución hasta el **31 de Diciembre de 2025**.

FORMA DE PAGO:

"EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO cancelará el valor del contrato de la siguiente manera: Un primer pago a 30 de noviembre de 2025 por valor de DOS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/L (\$2.800.000) y un último pago a 31 de diciembre de 2025 por valor de TRES MILLONES DE PESOS M/L (\$3.000.000). 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- Siifweb".

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 el **01 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2025** atendiendo la fecha límite establecida por el Departamento del Atlántico en la Circular antes mencionada.






GOBERNACIÓN DEL
ATLÁNTICO

Por lo anterior, **DELIA ROSA SERGE CUENTAS**, 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 **01 AL 31 DE DICIEMBRE DE 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 ONORO JIMENEZ
SUPERVISOR
C.C. 32834196 de Baranoa
32834196



DELIA ROSA SERGE CUENTAS
CONTRATISTA
C.C. 32847027 de Sabanalarga



NIT. 890.102.006-1
Código Postal 080001
Código DANE 08-000

Gobernación del Atlántico

atlantico.gov.co

• atencionalciudadano@atlantico.gov.co
• (57)(5) 330 7103
• Calle 40 carreras 45 y 46 / Barranquilla - Colombia
Línea Gratuita: 01 8000 915 307