

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

|                            |           |
|----------------------------|-----------|
| Informe de Supervisión No: | 4         |
| Contrato No:               | 202401828 |

### 1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

|  |  |                                  |                   |
|--|--|----------------------------------|-------------------|
| Contratista:   | MILENA PAOLA PADILLA CHARRIS   |                                  |                   |
| Identificación:  | 1.044.393.862  |                                  |                   |
| 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 LAS ACCIONES DE PREVENCIÓN PRIMARIA, PROMOCIÓN, INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LAS ETV Y ZONOSIS DENTRO DE LA DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DESARROLLADAS POR LA SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA EN LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO |                                  |                   |
| Plazo de Ejecución:  | El plazo para la ejecución del contrato será hasta el (31) de diciembre de 2024, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución   |                                  |                   |
| Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P) | 202401575  | Fecha de C.D.P.                  | 2024 / 06 / 13    |
| Número de Registro Presupuestal (R.P.)                         | 202404827  | Fecha del R.P.                   | 2024 / 09 / 10    |
| Valor del Contrato   | Contrato Inicial   |                                  | \$ 8.100.000      |
|  | Adición 1  |                                  | \$                |
|  | Adición 2  |                                  | \$                |
|  | Adición 3  |                                  | \$                |
|  | Total  |                                  | \$ 8.100,000      |
| Fecha de inicio del contrato                                   | Fecha de terminación del contrato  | Fecha de Suspensión del contrato | Fecha de reinicio |
| 10/09/2024   | 31/12/2024   |                                  |                   |

### 1.1 MODIFICACIONES DEL CONTRATO

| DOCUMENTO | FECHA SUSCRIPCION<br>AAA/MM/DD | PRÓRROGA DEL PLAZO<br>(meses y/o días) | ADICIÓN VALOR (\$) | OBSERVACIÓN |
|-----------|--------------------------------|--|--------------------|-------------|
|           |                                |  |                    |             |
|           |                                |  |                    |             |
|           |                                |  |                    |             |

### 2. GARANTIAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA (según se establezcan en el Contrato)

| Aseguradora | No de Póliza | Actualización de Póliza (En caso de que aplique) | Amparos              | Vigencia           |                    |
|-------------|--------------|--|----------------------|--------------------|--------------------|
|             |              |  |                      | Desde (yyyy-mm-dd) | Hasta (yyyy-mm-dd) |
|             |              |  | Calidad del servicio |                    |                    |
|             |              |  | Cumplimiento         |                    |                    |
|             |              |  | Anticipo             |                    |                    |
|             |              |  | Pago anticipado      |                    |                    |

|  |  |  |
|--|--|--|
| <br>SECRETARÍA GENERAL | <b>INFORME DE SUPERVISION DE<br/>CONTRATOS PARA PRESTACION DE<br/>SERVICIOS – BIENES Y<br/>SUMINISTROS</b> | <b>VERSIÓN</b><br>001                        |
|  |  | <b>FECHA DE<br/>APROBACIÓN</b><br>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           |   | \$ 8.100.000 |
| Adición No. 1                        |   | \$           |
| Adición No. 2                        |   | \$           |
| Adición No. 3                        |   | \$           |
| Valor Total del contrato             |   | \$           |
| Porcentaje del Anticipo              | % | \$           |
| Porcentaje del Pago anticipado       | % | \$           |
| Valor Amortizado del Anticipo        |   | \$           |
| Valor Ejecutado del Contrato         |   | \$ 8.100.000 |
| Valor por ejecutar                   |   | \$ 0         |
| Valor a pagar en el presente Informe |   | \$ 2.100.000 |
| 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 DEL 1 AL 31 DEL MES DE DICIEMBRE DE 2024.

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   |
| Brindar apoyo en el alistamiento y distribución de insumos, papelería y equipos, la elaboración, revisión y consolidación diaria de inventarios, Kardex de los biológicos, insumos y equipos del programa de ETV Zoonosis   | No se realizó esta actividad en este periodo   |
| Brindar apoyo en la ejecución de actividades de educación integral dirigida a la comunidad general, educativa, líderes, comunitarios, entre otros, en los factores de riesgo para la prevención de la Zoonosis y las ETV y tenencia responsable de animales de compañía | Se brindó apoyo en la ejecución de actividades de educación a la comunidad en general en ellos factores de riesgo en los municipios de Juan de Acosta en los establecimientos laborales              |
| Brindar apoyo en la organización y ejecución de actividades de participación comunitaria que se programen (recolección de inservibles, actividades de educación, comunicación, información, entretenimiento)  | Se brindó apoyo en la ejecución de actividades de participación comunitaria que se programen en el presente periodo.   |
| Brindar apoyo en la consecución semanal de la notificación de eventos de interés del Programa ETV y Zoonosis, en las Secretarías de Salud Municipales, cuando sea requerido.  | Se realizó la consecución semanal sobre los eventos de interés en el programa de ETV y Zoonosis que se presente en las Secretaria de Salud Municipal de los municipios asignados sin ninguna novedad |

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

|   |  |
|---|--|
| Brindar apoyo en la atención integral de peticiones, quejas y reclamos, brotes y/o emergencias inherentes al Programa ETV y Zoonosis  | No se realizó esta actividad en este periodo   |
| Brindar apoyo en la realización y actualización del diagnóstico sanitario de los sujetos priorizados, en los instrumentos diseñados por la Entidad para tal fin   | No se realizó esta actividad en este periodo   |
| Brindar apoyo en el levantamiento del diagnóstico de las viviendas, a través de tres visitas, en la primera se establece el objetivo conductual a trabajar y en la cual socializa las respectivas recomendaciones a la comunidad, la segunda es de verificación de cumplimiento y la tercera obedece al seguimiento final para medir el impacto de las primeras dos visitas, las visitas integrales a las viviendas asignadas tienen como meta mínima 30 viviendas diarias. | Se brindó apoyo en el levantamiento del diagnóstico de las viviendas, a través de tres visitas, en la primera se establece el objetivo conductual a trabajar y en la cual socializa las respectivas recomendaciones a la comunidad en los municipios de Juan de Acosta, en los barrios trinitarias, Buenos Aires, en los corregimientos de Juan de Saco y Santa Verónica y en el municipio de Baranoa con un promedio de 30 viviendas diarias con el siguiente consolidado: <b>Casas visitadas</b> 325, Albercas: 14, Positivas 5, con peces 2, Tapados 10, Tratados 1, <b>Tanques:</b> inspeccionados 124, Positivos 3, tapados 107, Tratados 3, <b>Diversos:</b> inspeccionados 485, positivos 4, tapados 329, eliminados 8, |
| Brindar apoyo al control de vectores y eliminación de focos cuando se requiera, de acuerdo con los lineamientos señalados por el Programa ETV y Zoonosis.   | Se realizó el control y eliminación de vectores de acuerdo a los lineamientos señalados en la aplicación del control químico (abate 100 gr) para combatir las pupas y las larvas (500 pupas) del vector  |
| Brindar apoyo en la organización y ejecución de las actividades de participación comunitaria que se programen (recolección de inservibles, actividades de educación, comunicación, entrenamiento, información)  | Se brindó educación a la comunidad del municipio de Juan de Acosta, Baranoa sobre la prevención del Dengue y sus factores de riesgo.   |
| Brindar apoyo en la coordinación de actividades a ejecutar con las Secretarías de Salud Municipales y/o IPS y/o EAPB de los municipios del Departamento   | Se realizó apoyo en la educación a la comunidad en charlas sobre la prevención del Dengue y los factores de riesgo en el municipio de Juan de Acosta y Baranoa   |
| Realizar el diligenciamiento completo y con letra legible de las planillas, formatos y actas que soportan la ejecución de las actividades del Programa ETV y Zoonosis.  | Se realizó el diligenciamiento de los formatos, planillas que son soportes de las actividades que se realizaron en el programa de ETV y Zoonosis   |
| Brindar apoyo en la entrega diaria de las planillas que soportan la ejecución de las actividades y los consolidados de las actividades ejecutadas, a los profesionales de apoyo a la coordinación regional del Programa ETV y Zoonosis  | Se realiza diariamente la entrega de las planillas diligenciadas con su respectivo consolidado a la coordinadora   |
| Participar en las reuniones convocadas por el Programa ETV y Zoonosis   | se participó activamente en las reuniones y capacitaciones programadas por ETV y Zoonosis por la secretaria de salud pública y reuniones que programadas   |
| Brindar apoyo en la organización del archivo físico del Programa ETV y Zoonosis, según los lineamientos de gestión documental de la Gobernación.  | No se realizó esta actividad en este periodo   |
| Realizar informe mensual de actividades   | Se realizó el respectivo informe mensual con sus respectivas evidencias y el pago de la seguridad social.  |

#### 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)*

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

**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.

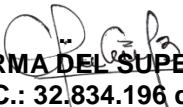
**7.1 ANEXO CONTROL DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL (\*)**

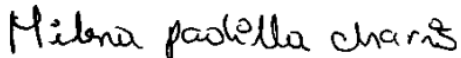
| <u>Número de la Cuenta de Cobro</u> | <u>Número de la Planilla</u>            | <u>Fecha de Pago Planilla</u> | <u>Valor Total de la Planilla (sin intereses)</u> |
|-------------------------------------|---|-------------------------------|---|
| 1                                   | 1067238871                              | 15/10/2024                    | 241.400   |
| 2                                   | 1067510236                              | 20/11/2024                    | 402.200   |
| 3                                   | 1068220218                              | 21/11/2024                    | 402.200   |
| 4                                   | 1068823826                              | 18/12/2024                    | 402.200   |
|                                     | <u>SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS</u> |                               | 1.448.000   |

**(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 24 días del mes de marzo de 2025

  
**FIRMA DEL SUPERVISOR**  
**C.C.: 32.834.196 de Baranoa**

  
**FIRMA DEL CONTRATISTA**  
**C.C.: 1.044.393.862 de Juan de Acosta**

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

## VALIDACIÓN PLANILLA DE PAGO - MILENA PAOLA PADILLA CHARRIS



### Consulta de contratistas e independientes

Tipo de documento de identidad\*

Número de documento\*

Número de planilla\*

[Términos y Condiciones\\*](#)

[Continuar →](#)

| Estado de planilla | Periodo de cotizacion | Pagó AFP | Pagó EPS | Pagó ARL |
|--------------------|-----------------------|----------|----------|----------|
| PAGADO             | 202412                | SI       | SI       | SI       |

*En cumplimiento a la normatividad de Habeas Data (Ley 1581 del 2012 y Decreto 1377 del 2013) y Seguridad de la Información (Norma ISO 27.001:2013) los valores o aportes pagados en las planillas PILA, solo pueden ser consultados por el titular de la información. Para validar la información de afiliación a las administradoras a las que se realizó el aporte le sugerimos consultar la información en la página del BDUA o RUAF.*

[× Cerrar](#)

Simple S.A. - 2023



### **CERTIFICADO**

EL QUE SUSCRIBE- REFERENTE PROGRAMA ETV Y ZONOSIS  
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DEPARTAMENTAL  
SECRETARÍA DE SALUD  
EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO  
NIT: 890.102.006 - 1

### **CERTIFICA**

Que la Sra. (Sr.) **MILENA PAOLA PADILLA CHARRIS**, identificada(o) con la C.C No 1044393862, realizó en el periodo comprendido del 01 al 31 de diciembre del 2024, de acuerdo al objeto del contrato de prestación de servicios No 202401828; PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA ASISTIR Y ACOMPAÑAR LAS ACCIONES DE PREVENCIÓN PRIMARIA, PROMOCIÓN, INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LAS ETV Y ZONOSIS DENTRO DE LA DIMENSION VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DESARROLLADAS POR LA SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA EN LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO, en el Programa ETV y Zoonosis, las actividades que relaciona en el informe del mencionado periodo.

En constancia de lo anterior se firma el 19 de marzo del 2025.

Cordialmente,

**ELIANA BOLAÑOS BOLAÑOS**  
Referente Programa ETV y Zoonosis  
Profesional Universitario

**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