

 SECRETARÍA GENERAL	<b>INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS PARA PRESTACIÓN DE SERVICIOS – BIENES Y SUMINISTROS</b>	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:	202502368

**1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO**

Contratista:	ANGIE PAOLA DE LA ROSA LOBO		
Identificación:	1047233599		
Tipo de Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
Nombre del Supervisor:	OLINDA OÑORO		
Objeto del Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS QUE SE LLEVAN A CABO EN LA SUBSECRETARÍA 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)	202501955	Fecha de C.D.P.	30/07/2025
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	202505856	Fecha del R.P.	28/08/2025

Valor del Contrato	Contrato Inicial	\$ 22.800.000		
	Adición 1	\$		
	Adición 2	\$		
	Adición 3	\$		
	Total	\$ 22.800.000		
Fecha de inicio del contrato	Fecha de terminación del contrato	Fecha de Suspensión del contrato	Fecha de reinicio	
(2025-08-28)	(2025-12-31)			

**1.1 MODIFICACIONES DEL CONTRATO**

(Relacionar Adiciones y/u Otro sí, Si aplica)

DOCUMENTO	FECHA SUSCRIPCIÓN AAA/MM/DD	PRÓRROGA DEL PLAZO (meses y/o días)	ADICIÓN VALOR (\$)	OBSERVACIÓN

**2. GARANTÍAS 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 SUPERVISIÓN DE CONTRATOS PARA PRESTACIÓN 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	\$ 22.800.000 ✓
Adición No. 1	\$
Adición No. 2	\$
Adición No. 3	\$
Valor Total del contrato	\$ 22.800.000 ✓
Porcentaje del Anticipo	\$
Porcentaje del Pago anticipado	\$
Valor Amortizado del Anticipo	\$
Valor Ejecutado del Contrato	\$ 17.100.000 ✓
Valor por ejecutar	\$ 5.700.000 ✓
Valor a pagar en el presente Informe	\$ 5.700.000 ✓
No. Factura o Cuenta de Cobro	4 ✓

### 4. INFORMACIÓN SOBRE AVANCE DEL CONTRATO

4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 1 DE NOVIEMBRE DEL 2025 AL 30 DE NOVIEMBRE 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:

Detalle de las Actividades Realizadas	
Obligación	Producto
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.	Se ha realizado 100% de socialización de la línea "Habla y Te Sanas" en los municipios del Departamental del Atlántico para la orientación psicológica, primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis en ideación suicida, violencia intrafamiliar, suicidio, consumo de sustancias psicoactivas y otras problemáticas de salud mental.
Recibir llamadas de casos que ameriten atención en Salud Mental con énfasis en suicidio, y realizar primeros auxilios psicológicos, intervención inicial y orientación.	Se ha realizado 100% de socialización de la línea "Habla y Te Sanas" en los municipios del Departamental del Atlántico para la orientación psicológica, primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis en ideación suicida, violencia intrafamiliar, suicidio, consumo de sustancias psicoactivas y otras problemáticas de salud mental.

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

Hacer acompañamiento a los casos según cada uno lo amerite (de intento de suicidio y otras problemáticas de Salud Mental).	Apoyo y acompañamiento en la socialización de la Línea de Atención en Salud Mental Departamental "Habla y Te Sanas", brindando acompañamiento psicológico, según cada uno lo amerite (de intento de suicidio y otras problemáticas de Salud Mental).
Diligenciar los registros requeridos y presentar informes que se requieran. Registros de pacientes de nuevo ingreso diligenciados a través de una base de datos en Google drive y entrega de informes a Referente de Convivencia Social, y Salud Mental y Vulnerables. Registros de actividades y gestiones diarias realizadas a través de cuadro de entrega de turnos.	Diligenciamiento de los registros requeridos e informes durante el apoyo y acompañamiento en la socialización de la Línea de Atención en Salud Mental Departamental "Habla y Te Sanas", brindando acompañamiento psicológico, según cada uno lo amerite (de intento de suicidio y otras problemáticas de Salud Mental).
Apoyar la gestión de la atención integral de los casos ante el prestador o asegurador en salud.	Hasta la fecha no se ha requerido contingencia en la Línea de Atención en Salud Mental Departamental.
Apoyar en las contingencias que se presenten el programa de orientación y acompañamiento familiar POAF según lo requiera supervisor o el referente del programa.	Hasta la fecha no se ha requerido contingencia en el Programa de Orientación y Acompañamiento Familiar (POAF).
Realizar seguimiento y monitoreo al 100% de los casos reportados en SIVIGILA de intento suicida y consumo de sustancia psicoactiva a NNAJ de 7 a 21 años, por Comisarías de familia, ICBF, líneas de atención nacional, Instituciones educativas y otras entidades, en el marco del programa de orientación y acompañamiento familiar POAF.	Hasta la fecha no se ha requerido apoyo en el seguimiento y monitoreo de los casos reportados en SIVIGILA de intento suicida y consumo de sustancias psicoactivas a NNAJ de 7 a 21 años.
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.	Hasta la fecha no se ha requerido contingencia en la Línea de Atención en Salud Mental Departamental, SIVIGILA ni otras entidades.
Orientar y gestionar la atención de la población objeto, en sus EAPB, y según los municipios asignados.	Hasta la fecha no se ha requerido contingencia en el Programa de Orientación y Acompañamiento Familiar (POAF).
Realizar visitas domiciliarias a los hogares a la población de niños, niñas, adolescentes, objeto de seguimiento, según se amerite.	Hasta la fecha no se ha requerido contingencia en el Programa de Orientación y Acompañamiento Familiar (POAF).
Participar en los comités y reuniones para los cuales sea designado.	100% de participación en los comités y reuniones requeridas del equipo de la Línea de Salud Mental para el mejoramiento de las directrices en atención en salud mental, del Componente de Convivencia Social, y Salud Mental y Vulnerables.
Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor del contrato.	100% de realización en aquellas actividades que son asignadas por parte del supervisor y referente de Convivencia Social, y Salud Mental y Vulnerables.

LINK DRIVE: [https://drive.google.com/drive/folders/1YsSWzIV\\_3ZshnSKmlth6KPKti6SO1?usp=drive\\_link](https://drive.google.com/drive/folders/1YsSWzIV_3ZshnSKmlth6KPKti6SO1?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)

#### 6. RESUMEN DE ACTIVIDADES REALIZADAS POR LA SUPERVISIÓN.

a) Seguimiento financiero y presupuestal del contrato.

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

- 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.

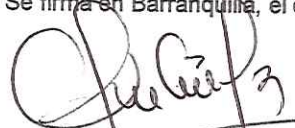
7.1 ANEXO CONTROL DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL (\*)

Número de la Cuenta de Cobro	Número de la Planilla	Fecha de Pago Planilla	Valor Total de la Planilla (sin intereses)
01	9491718977	12/09/2025	\$70.600
01	9491718997	12/09/2025	\$352.700
02	9493284697	16/10/2025	\$352.700
03	9493566881	21/10/2025	\$705.400
04	9494687388	13/11/2025	\$705.400
<b>SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS</b>			<b>\$2.186.800</b>

(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 1 de diciembre del 2025.



FIRMA DEL SUPERVISOR  
C.C.: 32834196 de Baranoa




FIRMA DEL CONTRATISTA  
C.C.: (1047233599) de (Galapa)

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

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

### VALIDACIÓN PLANILLA ANGIE PAOLA DE LA ROSA LOBO

22/11/25, 8:06 Verificar Planilla

 ☰

#### Verificar planilla

Verifique la validez de un soporte de pago.

Por favor indique la siguiente información:

Tipo de documento  Número de documento

EPS  i


Valor aportado a EPS  i

Clave de pago  i

Período de cotización (salud)   i

No soy un robot reCAPTCHA  
reCAPTCHA cambia sus Condiciones del Servicio. [Más información](#)

Verificar planilla



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

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



### Planilla Resumen

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor	
2025-11	2025-11	1924633321	9494687388	1	2025/12/23	2025/11/13	BANCOLOMBIA	0	\$705,400	
RESUMEN DE PAGO										
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES		VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$364,800	\$0	\$0	\$364,800		
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$364,800	\$0	\$0	\$364,800		
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$55,600	\$0	\$0	\$55,600		
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$55,600	\$0	\$0	\$55,600		
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$285,000	\$0	\$0	\$285,000		
EPS MUTUAL SER	EPS048	806,008,394	7	1	\$285,000	\$0	\$0	\$285,000		
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$705,400</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$705,400</b>		