Informe de Supervisión No:	1
Contrato No:	202502282

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

Contratista:	DALIA MARIA PALACIO GOMEZ		
Identificación:	22.462.316		
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 A LA SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA EN LA IMPLEMENTACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES QUE CONTRIBUYA A LAS INTERVENCIONES REGULARES Y CONTINGENCIALES DE FACTORES RIESGO EN SALUD PÚBLICA, A TRAVÉS DE BÚSQUEDA ACTIVA QUE PERMITAN PREVENIR O MINIMIZAR LOS DIFERENTES EVENTOS, QUE SE PRESENTEN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO		
Plazo de Ejecución:	El plazo para la ejecución del contrato será de 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)	**202501796**	**Fecha de C.D.P.**	2025/ 07/02
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	**202505635**	**Fecha del R.P.**	2025/ 08/21

Valor del Contrato

Contrato Inicial	$ 19.200.000
Adición 1	$
Adición 2	$
Adición 3	$
Total	$ 19.200.000

Fecha de inicio del contrato	Fecha de terminación del contrato	Fecha de Suspensión del contrato	Fecha de reinicio
2025/ 08/21	2025/12/31		

1.1 MODIFICACIONES DEL CONTRATO

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)

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		**$15.400.000**
Adición No. 1		**$**
Adición No. 2		**$**
Adición No. 3		**$**
Valor Total del contrato		**$15.400.000**
Porcentaje del Anticipo	**%**	**$**
Porcentaje del Pago anticipado	**%**	**$**
Valor Amortizado del Anticipo		**$**
Valor Ejecutado del Contrato		**$ 2.600.000**
Valor por ejecutar		**$12.800.000**
Valor a pagar en el presente Informe		**$ 2.600.000**
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 21 DE AGOSTO AL 31 DE AGOSTO DE 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**
Apoyar al personal del programa departamental de ETV y Zoonosis en las estrategias para identificar los riesgos para la proliferación de vectores transmisores de parvovirosis, Chagas y leptospirosis en los micro territorios priorizados en los municipios priorizados categoría 4,5,6 del departamento del Atlántico	Se recibió capacitación en socialización de ETV Y ZOONOSIS en el mes de agosto sobre los siguientes temas: ❖ Dengue ❖ chikungunya ❖ Fiebre amarilla ❖ Casos clínicos y síntomas ❖ Signos de alarma ❖ Comorbilidades y grupos de riesgo ❖ Etapas de la enfermedad ❖ Tratamientos ❖ Niveles de atención ❖ Vectores, transmisión y periodo de incubación. ❖ Chagas ❖ Leptospirosis

Realizar jornadas de información en salud, educación y comunicación para la salud en los 19 municipios categoría 4,5 6 del departamento de Atlántico	Se recibió capacitación por parte de supervisor de campo
Apoyar en las jornadas de movilización social programadas por las secretarias municipales de salud de los municipios priorizados categoría 4,5 y 6 del departamento del Atlántico.	En proceso de inducción
Ejecutar y participar en actividades de información y educación para la prevención y promoción de la salud de enfermedades reemergentes y desatendidas, tales como charlas informativas y campañas de higiene respiratoria, lavados de manos, mensajes claves de IRA y EDA, entre otras.	Se recibió capacitación y Socialización sobre lineamientos de las enfermedades de IRA y EDA En el mes de agosto sobre los siguientes temas: ❖ Definición ❖ Prevención ❖ Manejo y control
Apoyar la conformación, identificación, caracterización y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias.	En proceso de inducción
Reportar oportunamente la canalización de casos de sintomáticos respiratorios y febriles, menores con atenciones priorizadas en salud incompletas y coordinar con secretaria de salud, centro de salud, ESE, IPS del municipio según corresponda para su seguimiento	En proceso de inducción
Realizar informe mensual de acciones realizadas en información y educación para la prevención y promoción de la salud de enfermedades reemergentes y desatendidas, que incluya consolidado de personas, familias, menores de 5 años y registro fotográfico, número de actividades educativas desarrolladas por período, Total de personas sensibilizadas por componente (IRA, EDA, higiene respiratoria y demás), número de casos canalizados con entidades de salud territorial, Consolidado mensual de cobertura poblacional y evidencia fotográfica documentada	En proceso de inducción por parte del programa.
Orientar y remitir a personas con síntomas de EDA o sospecha de ETA a los centros de salud más cercanos.	En proceso de inducción por parte del programa
Sensibilizar a la comunidad sobre los factores de riesgo y síntomas de las ETA y EDA: higiene deficiente, consumo de agua o alimentos contaminados.	Se recibió capacitación en socialización de ETA Y EDA en el mes de agosto sobre los siguientes temas: ❖ Prevención ❖ Requerimientos sanitarios ❖ Inocuidad alimentaria ❖ Medidas sanitarias de seguridad ❖ Prácticas de higiene en el hogar
Búsqueda activa, captación y remisión de los sintomáticos de piel (Enfermedad de Hansen) de la población de los 22 municipios del departamento a las ESE de los Municipios.	En proceso de inducción por parte del programa
Búsqueda activa, captación y remisión de los sintomáticos de respiratorios (Tuberculosis) de la población en los 22 municipios del departamento a las ESE de los Municipios.	En proceso de inducción por parte del programa
Búsqueda activa, captación y remisión de la población susceptible en los 22 municipios del departamento	En procedo de inducción por parte del supervisión de campo
Cumplir con las metas establecidas por la subsecretaria de salud pública y entregar informes de gestión realizada con evidencias	Se recibió inducción en salud publica donde se presentó lo siguiente: 1. Presentación líder programa o dimensión 2. Información General de la Entidad. * Política de la entidad. * Objetivos, metas e informes

	* Reporte de Incidentes y Accidentes de Trabajo - Incapacidad Médica. * Proceso de cuenta de cobro, pago de seguridad social y documentos soporte. *presentación de informe gestión y de evidencias en drive institucional. 3. Aspectos y Generalidades Obligaciones y Responsabilidades * Obligaciones del empleador. * Obligaciones del líder del programa o dimensión y/o supervisor * Responsabilidades de los trabajadores ante la entidad. Por medio del presente informe dejo constancia que recibí información relacionada anteriormente en la subsecretaria de salud pública/Gobernación del Atlántico. También, que se me informó sobre los peligros y riesgos a los que estaré expuesto en el desarrollo de mis actividades; así como, de las medidas de intervención implementadas por la Entidad para prevenir o mitigar las consecuencias a la exposición de los mismos. A partir de la fecha expreso mi compromiso con el cumplimiento de las políticas, objetivos y metas establecidas por la entidad y con las funciones y responsabilidades que me han sido asignadas, así mismo, mi compromiso en participar en las actividades de capacitación, en las de promoción y prevención en salud y de todas las directamente relacionadas al SG-SST y a las actividades contractuales o designadas por el supervisor.
Realizar todas aquellas actividades que sean asignadas por el supervisor del contrato	Esta actividad no fue asignada en este periodo

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).

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	9491770192	15/09/2025	$132.300
	SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS		$132.300

(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 19 días del mes de septiembre de 2025.



FIRMA DEL SUPERVISOR
32.834.196 de Baranoa



FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C.: 22.462.316 de barranquilla

	NOMBRE Y CARGO	DEPENDENCIA
Proyectó y revisó	Cindy Paola Bello Valbuena / Líder de campo programa guardianes de la salud	Subsecretaría de Salud Pública
Revisión técnica y Aprobación:	Nadina Casseres / Profesional Administrativo	Subsecretaría de Salud Pública

VALIDACIÓN PLANILLA DE PAGO



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

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