

 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:	10
Contrato No:	202500447 /

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

Contratista:	MARIA CAROLINA PEÑA SUAREZ		
Identificación:	1.140.864.759		
Tipo de Contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS		
Nombre del Supervisor:	OLINDA OÑORO JIMENEZ		
Objeto del Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS QUE SE LLEVAN A CABO EN LA SUBSECRETARIA 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)	202500304	Fecha de C.D.P.	29/01/2025
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	202500735	Fecha del R.P.	18/02/2025
Valor del Contrato	Contrato Inicial	\$ 52.800.000	
	Adición 1	\$	
	Adición 2	\$	
	Adición 3	\$	
	Total	\$ 52.800.000	
Fecha de inicio del contrato	Fecha de terminación del contrato	Fecha de Suspensión del contrato	Fecha de reinicio
2025/02/18	2025/12/31		

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		

3. ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO (*)

DESCRIPCIÓN	VALOR
-------------	-------

Valor del Contrato Inicial		\$ 52.800.000
Adición No. 1		\$
Adición No. 2		\$
Adición No. 3		\$
Valor Total del contrato		\$ 52.800.000
Porcentaje del Anticipo	%	\$
Porcentaje del Pago anticipado	%	\$
Valor Amortizado del Anticipo		\$
Valor Ejecutado del Contrato		\$ 47.700.000
Valor por ejecutar		\$ 5.100.000
Valor a pagar en el presente Informe		\$ 5.100.000
No. Factura o Cuenta de Cobro		10

4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO

4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 01 DE NOVIEMBRE AL 30 DE NOVIEMBRE 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
1.Realizar seguimiento y monitoreo al 100% de los casos reportados en SIVIGILA de intentó suicida y consumo de sustancia psicoactiva a NNAJ de 7 a 21 años, por Comisarias de familia, ICBF, líneas de atención nacional, Instituciones educativas y otras entidades, en el marco del programa de orientación y acompañamiento familiar POAF.	SE REALIZAN 4 VISITAS A NNAJ DEL PROGRAMA POAF, SE REALIZAN 20 SEGUIMIENTOS A LOS 7 CASOS ABIERTOS DEL MUNICIPIO DE PUERTO COLOMBIA
2.,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.	Apoyo no requerido en el periodo relacionado.
3.Orientar y gestionar la atención de la población objeto, en sus EAPB, y según los municipios asignados.	SE REALIZA GESTION DE CITA DE 4 CASOS ACTIVOS DEL MUNICIPIO DE PUERTO COLOMBIA
4.Realizar visitas domiciliarias a los hogares a la población de niños, niñas, adolescentes, objeto de seguimiento, según se amerite.	SE REALIZAN 4 VISITAS A NNAJ DEL PROGRAMA POAF
5.Realizar informes semanales y/o quincenales sobre los seguimientos de los casos, según lo requiera supervisor.	Apoyo no requerido en el periodo relacionado.
6.Realizar las coordinaciones necesarias en el sistema de salud, desde las Secretarías Municipales de Salud, EAPB, y otras entidades como comisarias de familia, ICBF y sector educativo, para lograr la atención integral de los niños, niñas y adolescentes, y familias.	--Primeros Auxilios psicológicos a población docente . Fecha: 07 DE NOVIEMBRE de 2025, . Lugar: Colegio ROYAL INTERNATIONAL SCHOOL - socialización línea de salud mental, uso de la IA y salud mental. PADRES DE FAMILIA asistentes. 12 de NOVIEMBRE de 2025. LUGAR : COLEGIO BERCKLEY -FERIA DE LA SALUD MENTAL , lugar: UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR. 13 de NOVIEMBRE de 2025. --PRODUCCION AUDIOVISUAL VIDEO HABLA Y TE SANAS . Fecha: 24 de NOVIEMBRE de 2025, . Lugar: PUERTO COLOMBIA -Articulación institucional y socialización de la oferta Fecha: 25 DE NOVIEMBRE DE 2025. Lugar: MILLENIUM SCHOOL --CONSEJO POLITICA SOCIAL PUERTO COLOMBIA

	. Fecha: 27 de NOVIEMBRE de 2025, . Lugar: VIRTUAL -COMISION PREVENCIÓN DEL SUICIDIO FECHA: 28 de Noviembre de 2025. LUGAR: SENA 43
7. Apoyar en las contingencias que se presenten en la línea de atención de salud mental según lo requiera supervisor o el referente del programa.	Apoyo no requerido en el periodo relacionado.
8. 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.	Apoyo no requerido en el periodo relacionado.
9. Recibir llamadas de casos que ameriten atención en Salud Mental con énfasis en suicidio y otras problemáticas de Salud Mental.	Apoyo no requerido en el periodo relacionado.
10. Hacer acompañamiento a los casos según cada uno lo amerite (de intento de suicidio y otras problemáticas de Salud Mental).	Apoyo no requerido en el periodo relacionado.
11. Diligenciar los registros requeridos y Presentar informes que se requieran.	se realizan actas de las actividades realizadas durante el mes
12. Apoyar la gestión de la atención integral de los casos ante el prestador o asegurador.	Actividad no asignada en el periodo relacionado
13. Participar en los comités y reuniones para los cuales sea designado.	Apoyo no requerido en el periodo relacionado.
14. Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor del contrato. Apoyo en las actividades asignadas por el supervisor del contrato. ➤ Reuniones semanales con el equipo de salud mental ➤ Reuniones semanales del equipo POAF para el mejoramiento de las directrices del programa. ➤ Gestiones requeridas con otras entidades	Reunion equipo de salud mental . . Fecha: 04 de NOVIEMBRE de 2025 Lugar: OFICINAS SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA Reunion equipo audiovisual habla y te sanas . . Fecha: 19 de noviembre de 2025 Lugar: virtual

LINK DRIVE: https://drive.google.com/drive/folders/1zSKoArbW1gZQfQXeFgbBa4c6QNbTsm9X?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.
- 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
1	9483114304	17/03/2025	\$ 440.500
2	9483114432	31/03/2025	\$ 631.100
3	9484101708	30/04/2025	\$ 631.100
4	9486650311	30/05/2025	\$631.100
5	9488040791	02/07/2025	\$631.100
6	9488455215	30/07/2025	\$631.100
7	9491029729	02/09/2025	\$631.100
8	9492415630	14/10/2025	\$631.100
9	9493725865	30/10/2025	\$631.100
10	9495146695	24/11/2025	\$631.100
SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS			\$6.120.400

(La sumatoria total de las planillas debe ser igual al pago de la seguridad social sobre el 40% del valor del contrato)

NOTA: Aplica para persona natural. Para persona jurídica, anexas 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 1 de diciembre de 2025.

FIRMA DEL SUPERVISOR
C.C.: 32.834.196 de Baranoa

FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C.: (1.140.864.759) de (Barranquilla)

	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

VALIDACIÓN PLANILLA DE PAGO - MARIA CAROLINA PEÑA SUAREZ

CERTIFICACIÓN

Yo, **MARIA ELENA Menco Polanco**, identificada con cedula de ciudadanía N° **32.657.182** de Barranquilla, bajo el cargo de líder de programa de la subsecretaría de salud pública del departamento del Atlántico, certifico: que el contratista, **MARIA CAROLINA PEÑA SUAREZ**-, identificada con cedula de ciudadanía N°**CC1140864759**; cumplió con las actividades suscritas en el contrato N°**202500447**; de fecha 18 de FEBRERO de 2.025, en el periodo comprendido del 01 de NOVIEMBRE al 30 de NOVIEMBRE de 2025.

A continuación, se relacionan las actividades realizadas por el contratista durante el plazo de ejecución del contrato.

Detalle de las Actividades Realizadas-	
Obligación	Producto
1.Realizar seguimiento y monitoreo al 100% de los casos reportados en SIVIGILA de intentó suicida y consumo de sustancia psicoactiva a NNAJ de 7 a 21 años, por Comisarias de familia, ICBF, líneas de atención nacional, Instituciones educativas y otras entidades, en el marco del programa de orientación y acompañamiento familiar POAF.	SE REALIZAN 4 VISITAS A NNAJ DEL PROGRAMA POAF, SE REALIZAN 20 SEGUIMIENTOS A LOS 7 CASOS ABIERTOS DEL MUNICIPIO DE PUERTO COLOMBIA
2.,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.	Apoyo no requerido en el periodo relacionado.
3.Orientar y gestionar la atención de la población objeto, en sus EAPB, y según los municipios asignados.	SE REALIZA GESTION DE CITA DE 4 CASOS ACTIVOS DEL MUNICIPIO DE PUERTO COLOMBIA
4.Realizar visitas domiciliarias a los hogares a la población de niños, niñas, adolescentes, objeto de seguimiento, según se amerite.	SE REALIZAN 4 VISITAS A NNAJ DEL PROGRAMA POAF
5.Realizar informes semanales y/o quincenales sobre los seguimientos de los casos, según lo requiera supervisor.	Apoyo no requerido en el periodo relacionado.
6.Realizar las coordinaciones necesarias en el sistema de salud, desde las Secretarías Municipales de Salud, EAPB, y otras entidades como comisarias de familia, ICBF y sector educativo, para lograr la atención integral de los niños, niñas y adolescentes, y familias.	--Primeros Auxilios psicológicos a población docente . Fecha: 07 DE NOVIEMBRE de 2025, Lugar: Colegio ROYAL INTERNATIONAL SCHOOL - socialización línea de salud mental, uso de la IA y salud mental. PADRES DE FAMILIA asistentes. 12 de NOVIEMBRE de 2025. LUGAR : COLEGIO BERCKLEY -FERIA DE LA SALUD MENTAL , lugar: UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR. 13 de NOVIEMBRE de 2025. ---PRODUCCION AUDIOVISUAL VIDEO HABLA Y TE SANAS . Fecha: 24 de NOVIEMBRE de 2025, . Lugar: PUERTO COLOMBIA

	-Articulacion institucional y socialización de la ofert.A Fecha: 25 DE NOVIEMBRE DE 2025. Lugar: MILLENIUM SCHOOL ---CONSEJO POLITICA SOCIAL PUERTO COLOMBIA . Fecha: 27 de NOVIEMBRE de 2025, . Lugar: VIRTUAL -COMISION PREVENCIÓN DEL SUICIDIO FECHA: 28 de Noviembre de 2025. LUGAR: SENA 43
7.Apoyar en las contingencias que se presenten en la línea de atención de salud mental según lo requiera supervisor o el referente del programa.	Apoyo no requerido en el periodo relacionado.
8.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.	Apoyo no requerido en el periodo relacionado.
9.Recibir llamadas de casos que ameriten atención en Salud Mental con énfasis en suicidio y otras problemáticas de Salud Mental.	Apoyo no requerido en el periodo relacionado.
10.Hacer acompañamiento a los casos según cada uno lo amerite (de intento de suicidio y otras problemáticas de Salud Mental).	Apoyo no requerido en el periodo relacionado.
11.Diligenciar los registros requeridos y Presentar informes que se requieran.	se realizan actas de las actividades realizadas durante el mes
12.Apoyar la gestión de la atención integral de los casos ante el prestador o asegurador.	Apoyo no requerido en el periodo relacionado.
13.Participar en los comités y reuniones para los cuales sea designado.	Apoyo no requerido en el periodo relacionado.
14.Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor del contrato. Apoyo en las actividades asignadas por el supervisor del contrato. ➤ Reuniones semanales con el equipo de salud mental ➤ Reuniones semanales del equipo POAF para el mejoramiento de las directrices del programa. ➤ Gestiones requeridas con otras entidades	---reunion equipo de salud mental . . Fecha: 04 de NOVIEMBRE de 2025 Lugar: OFICINAS SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA ---reunion equipo audiovisual habla y te sanas . . Fecha: 19 de noviembre de 2025 Lugar: virtual

La presente certificación se expide a petición del supervisor del contrato con la finalidad que la contratista pueda gestionar la cuenta de cobro del contrato en mención.

En constancia de lo anterior firmo el presente documento al (01), día del mes de



Diciembre de 2025.

Maria Elena Menco Polanco

MARIA ELENA Menco POLANCO
NOMBRE DEL REFERENTE DEL PROGRAMA
Líder de Programa Salud Mental
Subsecretaría de Salud Pública
Secretaría de Salud del Atlántico

[Signature]

Queda Noviembre 2025
Maria C. Peña



Gobernación del Atlántico
atlantico.gov.co

Calle 40 Carreras 45 - 46 Barranquilla, Atlántico
NIT: 890102006-1 • Código Postal: 080003 • Código DANE: 08-000
Tel. (605) 330 7103 Línea Gratuita **01 8000 915 307**
atencionalciudadano@atlantico.gov.co

INFORME DE ACTIVIDADES

A continuación, me permito relacionar las actividades ejecutadas en el desarrollo de mi objeto contractual en la subsecretaria de salud pública departamental durante el periodo del 01 de noviembre al 30 de noviembre del año 2025.

No.	NUMERO DEL CONTRATO Y OBJETO CONTRACTUAL	202500447
		PRESTACION DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS QUE SE LLEVAN A CABO EN LA SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA EN ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES		
1	1.Realizar seguimiento y monitoreo al 100% de los casos reportados en SIVIGILA de intentó suicida y consumo de sustancia psicoactiva a NNAJ de 7 a 21 años, por Comisarias de familia, ICBF, líneas de atención nacional, Instituciones educativas y otras entidades, en el marco del programa de orientación y acompañamiento familiar POAF.	SE REALIZAN 4 VISITAS A NNAJ DEL PROGRAMA POAF, SE REALIZAN 20 SEGUIMIENTOS A LOS 7 CASOS ABIERTOS DEL MUNICIPIO DE PUERTO COLOMBIA
2	2,.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.	Apoyo no requerido en el periodo relacionado.
3	.Orientar y gestionar la atención de la población objeto, en sus EAPB, y según los municipios asignados.	SE REALIZA GESTION DE CITA DE 4 CASOS ACTIVOS DEL MUNICIPIO DE PUERTO COLOMBIA
4.	Realizar visitas domiciliarias a los hogares a la población de niños, niñas, adolescentes, objeto de seguimiento, según se amerite.	SE REALIZAN 4 VISITAS A NNAJ DEL PROGRAMA POAF
5.	Realizar informes semanales y/o quincenales sobre los seguimientos de los casos, según lo requiera supervisor.	Apoyo no requerido en el periodo relacionado.
6.	Realizar las coordinaciones necesarias en el sistema de salud, desde las Secretarías Municipales de Salud, EAPB, y otras entidades como comisarias de familia, ICBF y sector educativo, para lograr la atención integral de los niños, niñas y adolescentes, y familias.	--Primeros Auxilios psicológicos a población docente . Fecha: 07 DE NOVIEMBRE de 2025, . Lugar: Colegio ROYAL INTERNATIONAL SCHOOL - socializacion linea de salud menta, uso de la IA y salud mental. PADRES DE FAMILIA asistentes. 12 de NOVIEMBRE de 2025. LUGAR : COLEGIO BERCKLEY -FERIA DE LA SALUD MENTAL , lugar: UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR. 13 de NOVIEMBRE de 2025. ---PRODUCCION AUDIOVISUAL VIDEO HABLA Y TE SANAS . Fecha: 24 de NOVIEMBRE de 2025, . Lugar: PUERTO COLOMBIA

✓

		-Articulacion institucional y socialización de la ofert.A Fecha: 25 DE NOVIEMBRE DE 2025. Lugar: MILLENIUM SCHOOL ---CONSEJO POLITICA SOCIAL PUERTO COLOMBIA . Fecha: 27 de NOVIEMBRE de 2025, . Lugar: VIRTUAL -COMISION PREVENION DEL SUICIDIO FECHA: 28 de Noviembre de 2025. LUGAR: SENA 43
7.	Apoyar en las contingencias que se presenten en la línea de atención de salud mental según lo requiera supervisor o el referente del programa.	Apoyo no requerido en el periodo relacionado.
8.	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.	Apoyo no requerido en el periodo relacionado.
9.	9.Recibir llamadas de casos que ameriten atención en Salud Mental con énfasis en suicidio y otras problemáticas de Salud Mental.	Apoyo no requerido en el periodo relacionado.
10	Hacer acompañamiento a los casos según cada uno lo amerite (de intento de suicidio y otras problemáticas de Salud Mental).	Apoyo no requerido en el periodo relacionado.
11.	Diligenciar los registros requeridos y Presentar informes que se requieran.	Apoyo no requerido en el periodo relacionado.
12.	Apoyar la gestión de la atención integral de los casos ante el prestador o asegurador.	Apoyo no requerido en el periodo relacionado.
13.	Participar en los comités y reuniones para los cuales sea designado.	Apoyo no requerido en el periodo relacionado.
14.	Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor del contrato. Apoyo en las actividades asignadas por el supervisor del contrato. ☐ Reuniones semanales con el equipo de salud mental ☐ Reuniones semanales del equipo POAF para el mejoramiento de las directrices del programa. ☐ Gestiones requeridas con otras entidades	---reunion equipo de salud mental . . Fecha: 04 de NOVIEMBRE de 2025 Lugar: OFICINAS SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA ---reunion equipo audiovisual habla y te sanas . . Fecha: 19 de noviembre de 2025 Lugar: virtual

Se firma en Barranquilla al 01 día del mes diciembre de 2025/

Cordialmente,

Maria C Peña S.
MARIA CAROLINA PEÑA SUAREZ

c.c. 1.140.864.759

Contratista

[Handwritten mark]

Barranquilla, diciembre 01 de 2025

DOCUMENTO PARA NO OBLIGADOS A FACTURAR 10

**EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO NIT:
890.102.006 – 1**

DEBE CANCELAR A

APELLIDOS Y NOMBRES: MARIA CAROLINA PEÑA SUAREZ

SI NO X responsable de IVA

ABONO EN CUENTA: CUENTA DE AHORROS - BBVA # 0620305342

LA SUMA DE:

VALOR DE LA OPERACIÓN EN LETRA: CINCO MILLONES CIENTO MIL PESOS M/L \$ 5.100.000

CONCEPTO: PRESTACION DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS QUE SE LLEVAN A CABO EN LA SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA EN ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.

Periodo comprendido entre EL 01 DE NOVIEMBRE AL 30 DE NOVIEMBRE DEL 2025. de acuerdo la cláusula tercera del Contrato No. 202500447

Para efectos tributarios manifiesto bajo la gravedad de juramento que al final del año no tomaré los costos o deducciones asociadas a mis rentas de trabajo, en tal caso le solicito la aplicación de la tabla de retención en la fuente establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario, la cual se aplica a los pagos o abonos en cuenta originados en ingresos por Rentas de Trabajo.

En constancia de lo anterior se firma el 01 de diciembre del 2025.

Cordialmente,

Firma:


MARIA CAROLINA PEÑA SUAREZ

CC 1140864759

Dirección: Kra. 30 No. 69B - 08

Correo Electrónico: mericaro@hotmail.com

Teléfono Celular: 3002347446



Barranquilla, Diciembre 01 de 2025

Señores

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

Ciudad

REFERENCIA. CERTIFICACION PARA EFECTOS DE RETENCION EN LA FUENTE LEY 1819 DE 2016 – RENTAS DE TRABAJO.

CERTIFICACION BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Yo, **MARIA CAROLINA PEÑA SUAREZ**, identificada con cédula de ciudadanía No. **1140864759** expedida en Barranquilla, con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones tributarias, manifiesto bajo la gravedad de juramento que:

Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario, la cual se le aplica a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales, **"HE CONTRATADO O VINCULADO MÁS DE UN TRABAJADOR ASOCIADO A MI ACTIVIDAD ECONOMICA"**.

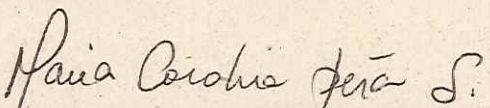
(Parágrafo 2 Art 383 E.T)

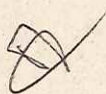
SI ()

NO (X)

De la misma manera, en el momento en que contrate o vincule más de un trabajador asociado a mi actividad económica, me comprometo a informar.

Cordialmente,


MARIA CAROLINA PEÑA SUAREZ



C.C. 1:140.864.759 de Barranquilla

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1140864759		PENA SUAREZ MARIA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 30 no 69b 08	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3652656	SI	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla		Limite	Pago	Banco	Valor
2025-11	2025-11	1947675975	9495146695	I		2025/12/15	2025/11/24	NU	\$631,100
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO				CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA
								SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)							1	\$326,400	\$0
SKANDIA				230901	800,253,055	2	1	\$326,400	\$0
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)							1	\$49,700	\$0
COLMENA				14-25	800,226,175	3	1	\$49,700	\$0
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)							1	\$255,000	\$0
EPS SURA (ANTES SUSALUD)				EPS010	800,088,702	2	1	\$255,000	\$0
TOTAL							1	\$631,100	\$0

(P)



en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1140864759		PERA SUAREZ MARIA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 30 no 69b 08	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3652656	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla		Límite	Pago	Banco	Valor
2025-11	2025-11	1947675975	9495146695	I		2025/12/15	2025/11/24	NU	\$631,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte		
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,040,000	\$326,400				\$2,040,000	\$255,000			\$0			\$2,040,000	\$49,700		\$0			
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					\$2,040,000	\$326,400				\$2,040,000	\$255,000			\$0			\$2,040,000	\$49,700		\$0			
1	CC 1140864759	PERA MARIA	210901	30	\$2,040,000	\$326,400	EP5010	30	\$2,040,000	\$255,000		0		\$0	14-25	30	\$2,040,000	\$49,700	0	\$0	\$0		
Total Afiliados(1)					\$2,040,000	\$326,400				\$2,040,000	\$255,000			\$0			\$2,040,000	\$49,700		\$0	\$0		

23/11/25, 8:55

Verificar Planilla



Verificar planilla

Verifique la validez de un soporte de pago.

Por favor indique la siguiente información:

Tipo de documento
Cédula de ciudadanía

Número de documento
1140864759

EPS
EPS SURA (ANTES SUSALUD)

Valor aportado a EPS
255000

Clave de pago
9495146695

Periodo de cotización (salud)
2025 11



Verificar planilla



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

[Handwritten signature]