

| | | | |
|---|--|---------------------|------------|
|  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: | 03 |
| Contrato N°: | 202502801 |

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | |
|--|---|----------------------------------|-------------------|
| Contratista: | FAIRUZ PATRICIA QUIZENA FIGUEROA | | |
| Identificación: | CC 1.045.727.247 | | |
| Tipo de Contrato: | PRESTACION DE SERVICIOS | | |
| Nombre del Supervisor: | OLINDA OÑORO JIMENEZ | | |
| Objeto del Contrato: | OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS QUE SE LLEVAN A CABO EN LA SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA, CON EL FIN DE MEJORAR LA ATENCIÓN EN LA SALUD MENTAL EN LOS 22 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO. | | |
| Plazo de Ejecución: | CLÁUSULA CUARTA. - PLAZO DEL CONTRATO: 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) | 202502211 | Fecha de C.D.P. | 2025 / 08 / 27 |
| Número de Registro Presupuestal (R.P.) | 202506734 | Fecha del R.P. | 2025 / 09 / 26 |
| Valor del Contrato | Contrato Inicial | \$ 16.800.000 | |
| | Adición 1 | \$ | |
| | Adición 2 | \$ | |
| | Adición 3 | \$ | |
| | Total | \$ 16.800.000 | |
| Fecha de inicio del contrato | Fecha de terminación del contrato | Fecha de Suspensión del contrato | Fecha de reinicio |
| 26/09/2025 | 31/12/2025 | | |

1.1 MODIFICACIONES DEL CONTRATO

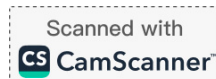
(Relacionar Adiciones y/u Otro sí, Si aplica)

| 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)

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 SUPERVISION DE CONTRATOS PARA PRESTACION 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 | \$16.800.000 ✓ |
| Adición No. 1 | \$ |
| Adición No. 2 | \$ |
| Adición No. 3 | \$ |
| Valor Total del contrato | \$16.800.000 ✓ |
| Porcentaje del Anticipo | % \$ |
| Porcentaje del Pago anticipado | % \$ |
| Valor Amortizado del Anticipo | \$ |
| Valor Ejecutado del Contrato | \$ 12.000.000 ✓ |
| Valor por ejecutar | \$ 4.800.000 ✓ |
| Valor a pagar en el presente Informe | \$ 4.800.000 ✓ |
| No. Factura o Cuenta de Cobro | 03 ✓ |

4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO

4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2025. (No aplica para personas jurídicas – No establecer periodo)

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 |
| 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. | <ul style="list-style-type: none"> Durante este periodo de tiempo se realizaron (25) gestiones y seguimientos a casos con conducta suicida en los municipios asignados en Baranoa y en Manatí |
| Realizar acompañamiento y seguimiento individual y familiar el 100% de los casos reportados de niños, niñas y adolescentes, que consultan en la línea de salud mental del Departamento del Atlántico y que se encuentran notificados en el SIVIGILA, que presentan cualquier problemática en salud mental, según protocolo establecido para tal fin. | <ul style="list-style-type: none"> Durante este periodo de tiempo se realizaron (25) gestiones y seguimientos a casos con conducta suicida en los municipios asignados en Baranoa y en Manatí |
| Orientar y gestionar la atención de la población objeto, en sus EAPB, y según los municipios asignados. | <ul style="list-style-type: none"> Se realizaron (9) gestiones con EAPB para la atención integral y fortalecimiento de la salud mental de la población del departamento del Atlántico que requirieron apoyo |

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

| | |
|--|---|
| Realizar visitas domiciliarias a los hogares a la población de niños, niñas, adolescentes, objeto de seguimiento, según se amerite. | <ul style="list-style-type: none"> Actividad no realizada en el periodo relacionado |
| Realizar informes semanales y/o quincenales sobre los seguimientos de los casos, según lo requiera supervisor. | <ul style="list-style-type: none"> Se envía semanalmente informe de los casos ingresados por SIVIGILA y Línea de salud mental, previamente filtrados por edades y municipios, a los profesionales del equipo de acompañamiento en conducta suicida |
| Realizar las coordinaciones necesarias en el sistema de salud, desde las Secretarías Municipales de Salud, EAPB, y otras entidades como comisarías de familia, ICBF y sector educativo, para lograr la atención Integral de los niños, niñas y adolescentes, y familias. | <ul style="list-style-type: none"> Se realizaron (9) gestiones con EAPB para la atención integral y fortalecimiento de la salud mental de la población del departamento del Atlántico que requirieron apoyo |
| Apoyar en las contingencias que se presenten en la línea de atención de salud mental según lo requiera supervisor o el referente del programa. | <ul style="list-style-type: none"> Se realizaron (6) turnos en la línea de salud mental del departamento del Atlántico |
| 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. | <ul style="list-style-type: none"> Se realizan (31) gestiones y atenciones a pacientes que se comunicaron vía WhatsApp o teléfono en la línea de salud mental del departamento |
| Recibir llamadas de casos que ameriten atención en Salud Mental con énfasis en suicidio y otras problemáticas de Salud Mental. | <ul style="list-style-type: none"> Se realizan (31) gestiones y atenciones a pacientes que se comunicaron vía WhatsApp o teléfono en la línea de salud mental del departamento |
| Hacer acompañamiento a los casos según cada uno lo amerite (de Intento de suicidio y otras problemáticas de Salud Mental). | <ul style="list-style-type: none"> Se atendieron y se gestionaron los casos ingresados en los turnos correspondientes en la línea de salud mental y casos del Programa de orientación y acompañamiento familiar en Manatí y Baranoa. |
| Diligenciar los registros requeridos y Presentar Informes que se requieran. | <ul style="list-style-type: none"> Se realiza el censo y organización por municipios de los casos con conducta suicida ingresados a través de la Línea de salud mental y Sivigila |
| Apoyar la gestión de la atención integral de los casos ante el prestador o asegurador. | <ul style="list-style-type: none"> Se realizaron (9) gestiones con EAPB para la atención integral de jóvenes con conducta suicida en Baranoa |
| Participar en los comités y reuniones para los cuales sea designado. | <ul style="list-style-type: none"> He asistido a (1) reunión convocada desde la secretaria de Salud para el equipo de POAF y cuando se me sea asignado |
| Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor del contrato. | <ul style="list-style-type: none"> y se realizó (1) capacitación en Primeros auxilios psicológicos y signos de alarma a los docentes de la Facultad de Ingeniería de la Universidad CUL |

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

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

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) |
|------------------------------|---|------------------------|--|
| 01 | 9492899430 ✓ | 2025/10/03 ✓ | \$440,500 ✓ |
| 02 | 9492899752 ✓ | 2025/10/27 ✓ | \$594,000 ✓ |
| 03 | 9495156634 ✓ | 2025/11/24 ✓ | \$594,000 ✓ |
| | SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS | | \$1.628.500 |

(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 1 de diciembre de 2025.


FIRMA DEL SUPERVISOR
 C.C.: 32.834.196 de Baranoa
 # SP2029436


FIRMA DEL CONTRATISTA
 C.C.: (1045727247) de (Barranquilla)

VALIDACIÓN PLANILLA FAIRUZ PATRICIA QUIZENA FIGUEROA

23/11/25, 12:10

Verificar Planilla



Verificar planilla

Verifique la validez de un soporte de pago.

Por favor indique la siguiente información:

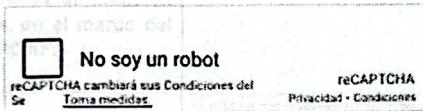
Tipo de documento Número de documento
Cédula de ciudadanía 1045727247

EPS
EPS SURA (ANTES SUSALUD)

Valor aportado a EPS
240000

Clave de pago
9495156634

Período de cotización (salud)
2025 11



Verificar planilla



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

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





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, **FAIRUZ PATRICIA QUIZENA FIGUEROA**, identificada con cedula de ciudadanía N° **CC 1045727247**; cumplió con las actividades suscritas en el contrato N° **202502801**, de fecha 26 de Septiembre de 2.025, en el periodo comprendido del 1 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 |
| 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. | Durante este periodo de tiempo se realizaron (25) gestiones y seguimientos a casos con conducta suicida en los municipios asignados en Baranoa y en Manatí |
| Realizar acompañamiento y seguimiento individual y familiar el 100% de los casos reportados de niños, Niñas y adolescentes, que consultan en la línea de salud mental del Departamento del atlántico y que se encuentran notificados en el SIVIGILA, que presentan cualquier problemática en salud mental, según protocolo establecido para tal fin. | Durante este periodo de tiempo se realizaron (25) gestiones y seguimientos a casos con conducta suicida en los municipios asignados en Baranoa y en Manatí |
| Orientar y gestionar la atención de la población objeto, en sus EAPB, y según los municipios asignados. | Se realizaron (9) gestiones con EAPB para la atención integral y fortalecimiento de la salud mental de la población del departamento del Atlántico que requirieron apoyo |
| Realizar visitas domiciliarias a los hogares a la población de niños, niñas, adolescentes, objeto de seguimiento, según se amerite. | Actividad no realizada en el periodo relacionado |
| Realizar informes semanales y/o quincenales sobre los seguimientos de los casos, según lo requiera supervisor. | Se envía semanalmente informe de los casos ingresados por SIVIGILA y Línea de salud mental, previamente filtrados por edades y municipios, a los profesionales del equipo de acompañamiento en conducta suicida |
| Realizar las coordinaciones necesarias en el sistema de salud, desde las Secretarías Municipales de Salud, EAPB, y otras entidades como comisarías de familia, ICBF y sector educativo, para lograr la atención integral de los niños, niñas y adolescentes, y familias. | Se realizaron (9) gestiones con EAPB para la atención integral y fortalecimiento de la salud mental de la población del departamento del Atlántico que requirieron apoyo |
| Apoyar en las contingencias que se presenten en la línea de atención de salud mental según lo requiera supervisor o el referente del programa. | Se realizaron (6) turnos en la línea de salud mental del departamento del Atlántico |
| Brindar apoyo psicosocial presencial, virtual o telefónico al 100% de las solicitudes, a través de la línea de atención para la orientación e | Se realizan (31) gestiones y atenciones a pacientes que se comunicaron vía WhatsApp o teléfono en la línea de salud mental del departamento |





| | |
|--|--|
| Intervención en crisis en violencia intrafamiliar, suicidio, consumo de sustancias psicoactivas y salud mental. | |
| Recibir llamadas de casos que ameriten atención en Salud Mental con énfasis en suicidio y otras problemáticas de Salud Mental. | Se realizan (31) gestiones y atenciones a pacientes que se comunicaron vía WhatsApp o teléfono en la línea de salud mental del departamento |
| Hacer acompañamiento a los casos según cada uno lo amerite (de intento de suicidio y otras problemáticas de Salud Mental). | Al momento que se requiera, se realizaran acompañamientos a los casos de intento de suicidio y otras problemáticas de salud mental. |
| Diligenciar los registros requeridos y Presentar Informes que se requieran. | Se realiza el censo y organización por municipios de los casos con conducta suicida ingresados a través de la Línea de salud mental y Sivigila |
| Apoyar la gestión de la atención integral de los casos ante el prestador o asegurador. | Se realizaron (9) gestiones con EAPB para la atención integral de jóvenes con conducta suicida en Baranoa |
| Participar en los comités y reuniones para los cuales sea designado. | He asistido a (1) reunión convocada desde la secretaria de Salud para el equipo de POAF y cuando se me sea asignado |
| Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor del contrato. | y se realizó (1) capacitación en Primeros auxilios psicológicos y signos de alarma a los docentes de la Facultad de Ingeniería de la Universidad CUL |

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 el 1 de diciembre del 2025

Maria Elena Menco
MARÍA ELENA MENCO
 Líder de Programa Salud Mental
 Subsecretaría de Salud Pública
 Secretaría de Salud del Atlántico

