Informe de Supervisión No:	01
Contrato No:	202601099

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

Contratista:	ORNELIA CECILIA GARCIA DE LA HOZ		
Identificación:	32850922		
Tipo de Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
Nombre del Supervisor:	OLINDA OÑORO JIMÉNEZ		
Objeto del Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA FORTALECER LAS ACTIVIDADES QUE SE DESARROLLAN DESDE LA SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA PARA LA PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.		
Plazo de Ejecución:	EL PLAZO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO SERÁ DE SIETE (07) MESES CONTADOS A PARTIR DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN.		
Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	**202600161**	**Fecha de C.D.P.**	2026 / 01 / 05
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	**202601145**	**Fecha del R.P.**	2026 / 01 / 16

Valor del Contrato	**Contrato Inicial**	$ 35.700.000
	Adición 1	$
	Adición 2	$
	Adición 3	$
	Total	$ 35.700.000

Fecha de inicio del contrato	Fecha de terminación del contrato	Fecha de Suspensión del contrato	Fecha de reinicio
16 de Enero del 2026	**15 de Agosto del 2026**		

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		**$ 35.700.000**
Adición No. 1		
Adición No. 2		
Adición No. 3		
Valor Total del contrato		**$ 35.700.000**
Porcentaje del Anticipo	**$**	
Porcentaje del Pago anticipado	**$**	
Valor Amortizado del Anticipo		
Valor Ejecutado del Contrato		**$ 5.100.000**
Valor por ejecutar		**$ 30.600.000**
Valor a pagar en el presente Informe		**$ 5.100.000**
No. Factura o Cuenta de Cobro		**01**

4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO

4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 16 DE ENERO AL 15 DE FEBRERO DE 2026.

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.ASISTIR TÉCNICAMENTE AL 100% DE LAS EAPB, PRESTADORES PRIMARIOS Y SECRETARÍAS DE SALUD MUNICIPALES DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO, PARA EL DESARROLLO DE CAPACIDADES INSTITUCIONALES Y DEL TALENTO HUMANO QUE CONDUZCAN A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD BUCAL, VISUAL, AUDITIVA Y COMUNICATIVA EN LOS DIFERENTES CURSOS DE VIDA**.**	Apoyo no requerido en el periodo relacionado
2. REALIZAR SEGUIMIENTO Y MONITOREO A LAS ACCIONES DE GESTIÓN DEL RIESGO PARA LA SALUD	Apoyo no requerido en el periodo relacionado

BUCAL, VISUAL, AUDITIVA Y COMUNICATIVA EN EL 100% DE LAS EAPB QUE OPERAN EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.	
3. REALIZAR SEGUIMIENTO Y MONITOREO A LAS ACCIONES DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO PARA LA SALUD BUCAL, VISUAL, AUDITIVA Y COMUNICATIVA, EN LAS SECRETARÍAS DE SALUD DE LOS 22 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO.	Apoyo no requerido en el periodo relacionado
4.REALIZAR SEGUIMIENTO Y MONITOREO AL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO PARA LA SALUD BUCAL, VISUAL, AUDITIVA Y COMUNICATIVA, EN LOS PRESTADORES PRIMARIOS PÚBLICOS Y PRIVADOS DEL DEPARTAMENTO QUE OFERTAN ESTE SERVICIO.	Apoyo no requerido en el periodo relacionado
5. REALIZAR SEGUIMIENTO A LAS DIRECCIONES LOCALES DE SALUD DE LOS 22 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA “AMOR POR EL SILENCIO”.	Apoyo no requerido en el periodo relacionado
6. ELABORAR INFORMES MENSUALES, TRIMESTRALES Y FINALES QUE CONSOLIDEN LA INFORMACIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS, EVIDENCIEN EL CUMPLIMIENTO DE LAS MISMAS, LOS LOGROS ALCANZADOS, LAS ESTRATEGIAS Y METODOLOGÍAS IMPLEMENTADAS, ASÍ COMO RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DEL PROGRAMA EN CADA MUNICIPIO.	Apoyo no requerido en el periodo relacionado
7. APOYAR LA PROYECCIÓN DE RESPUESTA A PETICIONES, CONSULTAS Y REQUERIMIENTOS FORMULADOS POR ORGANISMOS DE CONTROL O POR CIUDADANOS, DE CONFORMIDAD CON LOS PROCEDIMIENTOS Y NORMATIVAS VIGENTES**.**	Apoyo no requerido en el periodo relacionado
8. PARTICIPAR EN LA IMPLEMENTACIÓN Y MEJORA CONTINUA DE LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA, COMO ENLACE DEL PROGRAMA**.**	Apoyo no requerido en el periodo relacionado
9. BRINDAR APOYO PROFESIONAL, CUANDO SE REQUIERA, EN LA FORMULACIÓN Y MONITOREO DE POLÍTICAS PÚBLICAS, PROGRAMAS, PLANES Y PROYECTOS RELACIONADOS CON LA DIMENSIÓN.	Apoyo no requerido en el periodo relacionado
10. APOYAR, CUANDO ASÍ SE REQUIERA, LA FORMULACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ACCIONES DE LOS EJES DEL PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA 2022–2031 QUE SE DEFINAN COMO PRIORITARIAS EN EL PTS 2024–2027 Y EL PAS 2025 DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.	Apoyo no requerido en el periodo relacionado
11. PARTICIPAR EN ESPACIOS DE ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL QUE FORTALEZCAN LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN Y GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN	Apoyo no requerido en el periodo relacionado

SALUD BUCAL, VISUAL, AUDITIVA Y COMUNICATIVA EN EL DEPARTAMENTO**.**	
12. REALIZAR TODAS AQUELLAS ACTIVIDADES QUE LE SEAN ASIGNADAS POR PARTE DEL SUPERVISOR.	**1. REUNION DE BIENVENIDA Y SOCIALIZACION DEL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE LOS COMPONENTES DEL PROGRAMA DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES.** Fecha: 28-01-2026 Modalidad: Presencial Lugar: Oficina Salud Pública Se desarrolló una reunión presencial, bajo la dirección de la Subsecretaría de Salud Pública, para bienvenida al equipo de profesionales del Programa EVS y ENT. El encuentro permitió compartir la experiencia de la ejecución de actividades en el período anterior, los resultados obtenidos y las estrategias implementadas, además de generar recomendaciones orientadas al fortalecimiento del programa a nivel departamental **2. REVISION DEL INFORME FINAL DEL COMPONENTE DE SALUD AUDITIVA Y COMUNICATIVA 2025 DEL PROGRAMA DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE** Fecha: 04-02-2026 Modalidad: Virtual Se llevó a cabo una reunión virtual a través de la plataforma Google Meet, llevada a cabo por las fonoaudiólogas profesionales de apoyo del componente de salud auditiva y comunicativa, a fin de revisar el informe final del período anterior, complementar información con relación a cuadros comparativos y gráficos de acuerdo a solicitud del profesional especializado. **3. SOCIALIZACION DEL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DEL PROGRAMA DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE Y SUS COMPONENTES.** Fecha: 06-02-2026 Modalidad: Presencial Lugar: Oficina Salud Pública Se realizó una reunión presencial en las instalaciones de la Oficina de Salud Pública,

convocada por la profesional de apoyo especializada (auditora), con el fin de revisar las acciones a desarrollar desde el eje de salud auditiva y comunicativa y los demás componentes del Programa EVS, en el marco de la gestión del riesgo y la ejecución de actividades de acuerdo a la propuesta establecida por objeto contractual.

4. CAPACITACION VIRTUAL SOCIALIZACION DE LA RESOLUCION 117 DE 2026 POR PARTE DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL.

Fecha: 06-02-2026
Modalidad: Virtual

Se llevó a cabo una reunión virtual a través de la plataforma Google Meet, invitación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, para el desarrollo de una capacitación para la socialización de la Resolución 117 de 2026, relacionada con los lineamientos técnicos y operativos del Programa de Tamizaje Neonatal.

5. REVISION DE DOCUMENTACION CUENTAS DE COBRO Y REVISION DE INFORMES DEL EQUIPO DE PROFESIONALES DE APOYO DEL PROGRAMA ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

Fecha: 10-02-2026
Modalidad: Presencial
Lugar: Oficina Salud Pública

Se efectuó una reunión presencial dirigida por el funcionario de apoyo administrativo del programa de Estilos de vida saludables, orientada a la revisión de la documentación requerida para la cuenta de cobro según nuevas disposiciones administrativas, revisión de los informes de actividades llevadas a cabo en el periodo comprendido del mes de enero del presente año y la respectiva validación por parte de la referente del programa.

6. **REUNION DESDE EL AREA DE SISTEMAS PARA REVISION DE MANEJO DE TABLAS Y GRAFICOS EN EXCELL.**

Fecha: 10-02-2026
Modalidad: Presencial

	Lugar: Oficina salud pública. Se llevó a cabo una reunión presencial en las instalaciones de la oficina de Salud Pública, convocada por la profesional de apoyo especializada (auditora), con el propósito de revisar desde el área de sistemas por parte del Ingeniero la construcción de tablas y gráficos en Excel, información necesaria para la realización de los informes de gestión trimestral y final del componente.

NOTA: Se relacionan las actividades realizadas por el contratista durante el plazo de ejecución del contrato.

1. **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)

2. **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.

3. 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 JIMÉNEZ 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	9499649200	13-02-2026	$ 631.100
	SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS		$ 631.100

(El sumatorio 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.

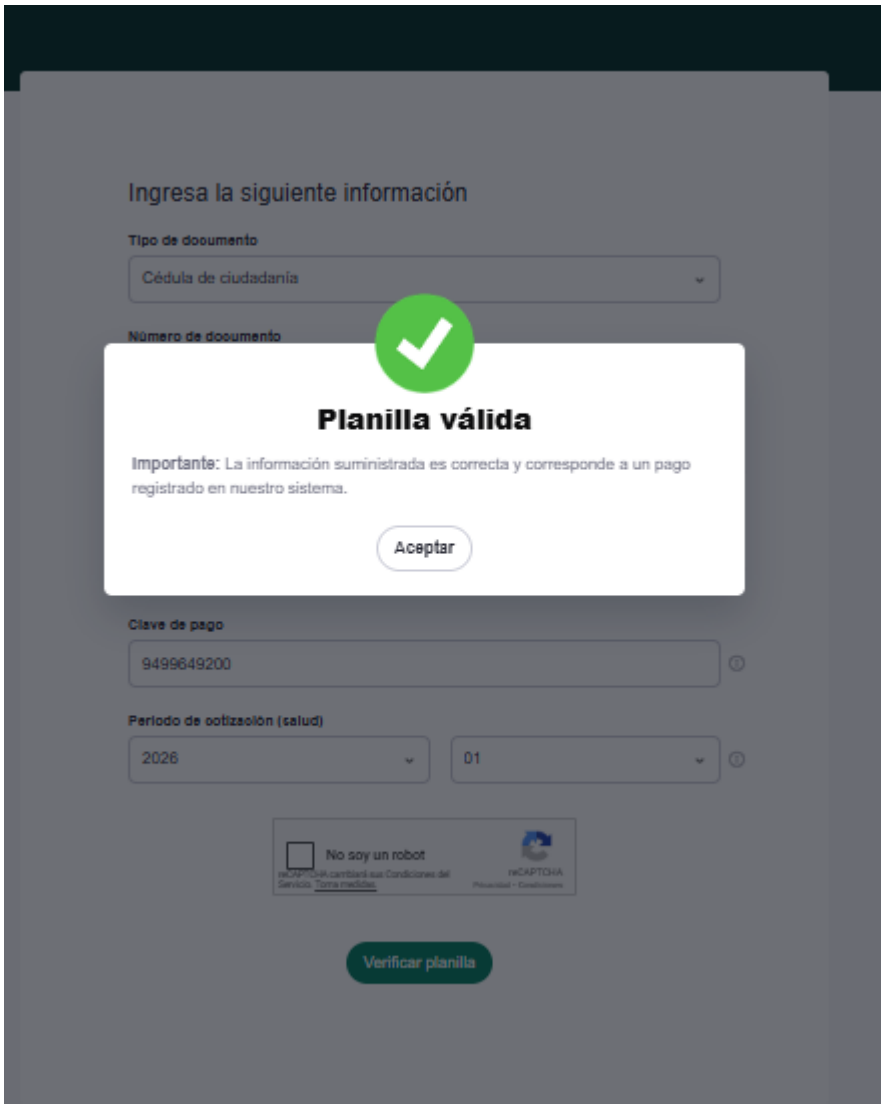
Se firma en Barranquilla, a los 24 días del mes de febrero del 2026.

FIRMA DEL SUPERVISOR
OLINDA OÑORO JIMÉNEZ
CC.32834196 de Baranoa

FIRMA DEL CONTRATISTA
ORNELIA CECILIA GARCIA DE LA HOZ
CC.32850922 de Sabanalarga

	NOMBRE Y CARGO	DEPENDENCIA
Proyectó	Daniel Cortes Ruiz Apoyo Administrativo Programa EVS-ECNT	Subsecretaria de Salud Publica
Revisó y Aprobó	Nadina Casseres /Profesional Administrativo	Subsecretaria de Salud Publica

VERIFICACION DE PLANILLA


Ingresa la siguiente información
Tipo de documento
Cédula de ciudadanía
Número de documento
Planilla válida
Importante: La información suministrada es correcta y corresponde a un pago registrado en nuestro sistema.
Aceptar
Clave de pago
9499649200
Periodo de cotización (salud)
2026
01
No soy un robot
Verificar planilla