*Nota: (Diligenciar los cuadros con la información del contrato y acta de inicio)*

| | |
|---|---|
| **Informe de Supervisión No:** | 03 |
| **Contrato No:** | 202301172 |

**1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contratista:** | **YURANIS DIAZ ACOSTA** | | |
| **Identificación:** | **55.239.581** | | |
| **Tipo de Contrato:** | PRESTACION DE SERVICIOS | | |
| **Nombre del Supervisor:** | **PIEDAD ECHEVERRIA** Z | | |
| **Objeto del Contrato:** | "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN LA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y ASISTENCIA EN LOS DIFERENTES PROCESOS EN SALUD AMBIENTAL QUE LLEVA A CABO LA SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA EN LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO" | | |
| **Plazo de Ejecución:** | El plazo para la ejecución del contrato será de seis (6) meses, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución | | |
| **Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)** | **202300722** | **Fecha de C.D.P.** | 2023/03/28 |
| **Número de Registro Presupuestal (R.P.)** | **202302127** | **Fecha del R.P.** | 2023/03/22 |

| | |
|---|---|
| **Valor del Contrato** | |
| **Contrato Inicial** | $ 16.620.000.oo |
| **Adición 1** | $ |
| **Adición 2** | $ |
| **Adición 3** | $ |
| **Total** | $ 16.620.000.oo |

| Fecha de inicio del contrato | Fecha de terminación del contrato | Fecha de Suspensión del contrato | Fecha de reinicio |
|---|---|---|---|
| 22/03/2022 | 21/09/2023 | | |

**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** | | **$ 16.620.000.oo** |
| **Adición No. 1** | | **$** |
| **Adición No. 2** | | **$** |
| **Adición No. 3** | | **$** |
| **Valor Total del contrato** | | **$ 16.620.000.oo** |
| **Porcentaje del Anticipo** | **%** | **$** |
| **Porcentaje del Pago anticipado** | **%** | **$** |
| **Valor Amortizado del Anticipo** | | **$** |
| **Valor Ejecutado del Contrato** | | **$ 8.310.000.oo** |
| **Valor por ejecutar** | | **$ 8.310.000.oo** |
| **Valor a pagar en el presente Informe** | | **$ 2.770.000.oo** |
| **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 22 DE MAYO AL 21 DE JUNIO DE 2.023**

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** |
| "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN LA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y ASISTENCIA EN LOS DIFERENTES PROCESOS EN SALUD AMBIENTAL QUE LLEVA A CABO LA SUBSECRETARIA DE SALUD | . SE REALIZARON ACTIVIDADES DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES EN VIVIENDA Y ENTORNO SALUDABLE EN EL MUNICIPIO DE POLO NUEVO |

| | |
|---|---|
| PUBLICA EN LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO" | DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 22 DE MAYO AL 21 DE JUNIO DEL AÑO 2.023. |

***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).**

PIEDAD ECHEVERRIA LOPEZ quien actúa en nombre y representación del Departamento del Atlántico, en calidad de Supervisor (E), 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 |
|---|---|---|---|
| 01 | 1054721077 | 10 MAYO 2023 | $ 105.300.oo |
| 02 | 1054722781 | 23 MAYO 2023 | $ 345.000.oo |
| 03 | 1054956685 | 24 JUNIO 2023 | $344.900.oo |
| | | | |
| | SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS | | $ **795.200.oo** |

**(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, 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 27 días del mes de junio del año 2.023

**FIRMA DEL SUPERVISOR**
**C.C.: 32.815.938 DE SOLEDAD**

**FIRMA DEL CONTRATISTA**
**C.C.: 55.239.581 DE B/QUILLA**

**DESPACHO DE LA GOBERNADORA**

**DECRETO No. 150 DE 2023**
**(13 de Junio de 2023)**

**POR MEDIO DEL CUAL SE HACE UN ENCARGO**

**LA GOBERNADORA DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO**

En ejercicio de las facultades constitucionales y legales, en especial las contenidas en los artículos 209 y 305 de la Constitución Política, y

**CONSIDERANDO**

Que el Artículo 23 del Decreto 2400 de 1968, expresa "Los empleados podrán ser encargados para asumir parcial o totalmente las funciones de empleos diferentes de aquellos para los cuales han sido nombrados por ausencia temporal o definitiva del titular..."

Que el Artículo 2.2.5.4.7 del Decreto 1083 de 2015, modificado por el Art. 1 del Decreto 648 de 2017 señala: "Los empleados podrán ser encargados para asumir parcial o totalmente las funciones de empleos diferentes de aquellos para los cuales han sido nombrados, por ausencia temporal o definitiva del titular, desvinculándose o no de las propias de su cargo".

Que la doctora **ELOINA GOENAGA JIMENEZ**, Subsecretario de Despacho, Código 045, Grado 05 de la Subsecretaria de Salud Pública de la Secretaría de Salud del Departamento, le fue conferido un permiso remunerado por los días 13, 14 y 15 de junio del 2023, en atención a lo establecido en el Articulo 2.2.5.5.17 del Decreto 1083 de 2015, modificado por el Decreto 648 de 2017, el cual señala:

*"**ARTÍCULO 2.2.5.5.17 Permiso.** El empleado puede solicitar por escrito permiso remunerado hasta por tres (3) días, cuando medie justa causa. Corresponde al jefe del organismo respectivo, o a quien haya delegado la facultad, el autorizar o negar los permisos."*

Así mismo, le fue concedido un periodo de vacaciones mediante resolución No. 994 del 13 de junio de 2023, del 16 de junio de 2023 al 10 de julio del 2023.

Que se solicita encargar a la doctora **PIEDAD AMPARO ECHEVERRIA LÓPEZ**, Subsecretario de Despacho, Código 045, Grado 05 de la Subsecretaria de Asesoría y Asistencia en Seguridad Social de la Secretaría de Salud del

**DESPACHO DE LA GOBERNADORA**

**DECRETO No. 150 DE 2023**
**(13 de Junio de 2023)**

**POR MEDIO DEL CUAL SE HACE UN ENCARGO**

Departamento, para desempeñar las funciones del cargo de Subsecretario de Despacho, Código 045, Grado 05 de la Subsecretaria de Salud Pública de la Secretaría de Salud del Departamento, los días 13 de junio del 2023 al 10 de julio del 2023.

Que en mérito de lo expuesto, la Gobernadora del departamento del Atlántico,

**DECRETA:**

**ARTICULO PRIMERO**: Encargar a la doctora **PIEDAD AMPARO ECHEVERRIA LÓPEZ**, Subsecretario de Despacho, Código 045, Grado 05 de la Subsecretaria de Asesoría y Asistencia en Seguridad Social de la Secretaría de Salud del Departamento, para desempeñar las funciones del cargo de Subsecretario de Despacho, Código 045, Grado 05 de la Subsecretaria de Salud Pública de la Secretaría de Salud del Departamento, los días 13 de junio del 2023 al 10 de julio del 2023 y mientras dure la ausencia del titular del empleo.

**ARTICULO SEGUNDO**: El presente encargo, se realiza sin perjuicio del ejercicio de las funciones del cargo de Subsecretario de Despacho, Código 045, Grado 05 de la Subsecretaria de Asesoría y Asistencia en Seguridad Social de la Secretaría de Salud del Departamento, del cual es titular

**COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dado en Barranquilla, a los trece (13) días del mes de junio de 2023.

**ELSA M. NOGUERA DE LA ESPRIELLA**
**Gobernadora del departamento del Atlántico**

Elaboró: Kelly Suárez (Asesora Externa)
Revisó: Olga Petit (Asesora de Despacho, encargada de la Subsecretaria de Talento Humano)
Revisó: Luz Silene Romero Sajona (Secretaria Jurídica)
Aprobó: Raúl José Lacouture Daza (Secretario General)

S. JURIDICA V°B° DPTO ATL

**De:** Edgardo Efraín Gómez Barros <egomez@atlantico.gov.co>
**Enviado:** lunes, 13 de marzo de 2023 10:56
**Para:** Yolanda Serge <yserge@atlantico.gov.co>
**Asunto:** RE: UTILIZACIÓN FIRMA DIGITAL

Solicitud atendida

**EDGARDO E. GOMEZ BARROS**
Subsecretario de Contabilidad
**SECRETARÍA DE HACIENDA**
**GOBERNACION DEL ATLANTICO**

---

**De:** Yolanda Serge <yserge@atlantico.gov.co>
**Enviado:** viernes, 10 de marzo de 2023 11:17
**Para:** Edgardo Efraín Gómez Barros <egomez@atlantico.gov.co>
**Cc:** Piedad Amparo Echeverria López <pecheverria@atlantico.gov.co>; MARGARITA RETAMOZO <margaritaretamozo@gmail.com>
**Asunto:** UTILIZACIÓN FIRMA DIGITAL

Doctor
Edgardo Gómez
Subsecretario de Contabilidad

Se envía para fines pertinentes oficio confirmación utilización firma digital

Barranquilla, 10-03-2023

Señores
**SUBSECRETARÍA DE CONTABILIDAD DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO**
Atn, Dr. Edgardo Gómez Barros
Subsecretario de Contabilidad
egomez@atlantico.gov.co

**ASUNTO: UTILIZACIÓN DE FIRMA DIGITAL EN INFORMES DE GESTIÓN (RESPUESTA A CIRCULAR 20210740003173 DEL 16-11-2021).**

Cordial saludo.

Esta Subsecretaría de Desarrollo Administrativo recibió la circular con radicado 20210740003173 del 16 de noviembre de 2021, por medio de la cual el Subsecretario de Contabilidad del Departamento del Atlántico informó lo siguiente:

> *"Por medio de la presente nos permitimos informar que a partir de la fecha el formato de INFORME DE GESTION DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR, debe tener firma manuscrita, en caso dado que el supervisor siga con la firma digital debe informar por correo electrónico a este despacho al correo egomez@atlantico.gov.co y cargar con la respectiva cuenta como adjunto al informe (…)".*

Dado lo anterior, me permito comunicarle que esta Subsecretaria de Asesoría y Asistencia en Seguridad Social, continuará utilizando la firma digital[1] en los informes de gestión de supervisión y/o interventoría hasta el mes de agosto de 2022, para los funcionarios que se relacionen en el listado adjunto al presente oficio.

Atentamente,

**PIEDAD ECHEVERRÍA LÓPEZ**
Subsecretaria de Asesoría y Asistencia en Seguridad Social
Secretaría de Salud Departamental del Atlántico

Pr: Ricardo Guerra
V°B°: Katherine del P. González M.

[1] **Ley 527 de 1999 - Artículo 28**
*"**ARTICULO 28. ATRIBUTOS JURIDICOS DE UNA FIRMA DIGITAL.** Cuando una firma digital haya sido fijada en un mensaje de datos se presume que el suscriptor de aquella tenía la intención de acreditar ese mensaje de datos y de ser vinculado con el contenido del mismo.*
***PARAGRAFO.** El uso de una firma digital tendrá la misma fuerza y efectos que el uso de una firma manuscrita, si aquélla incorpora los siguientes atributos:*
*1. Es única a la persona que la usa.*
*2. Es susceptible de ser verificada.*
*3. Está bajo el control exclusivo de la persona que la usa.*
*4. Está ligada a la información o mensaje, de tal manera que si éstos son cambiados, la firma digital es invalidada.*
*5. Está conforme a las reglamentaciones adoptadas por el Gobierno Nacional".*