

|                                                                                                        |                                                                                                            |                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------|
| <br>SECRETARÍA GENERAL | <b>INFORME DE SUPERVISION DE<br/>CONTRATOS PARA PRESTACION DE<br/>SERVICIOS – BIENES Y<br/>SUMINISTROS</b> | 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: | 1         |
| Contrato No:               | 202401901 |

## 1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

|                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                  |                   |                  |               |  |           |    |  |           |    |  |           |    |  |       |               |  |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------|------------------|---------------|--|-----------|----|--|-----------|----|--|-----------|----|--|-------|---------------|--|
| Contratista:                                                   | CAROLINA DEL CARMEN ORTIZ HERNÁNDEZ                                                                                                                                                                                                                                                                |                                  |                   |                  |               |  |           |    |  |           |    |  |           |    |  |       |               |  |
| Identificación:                                                | CC: 55.308563                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                  |                   |                  |               |  |           |    |  |           |    |  |           |    |  |       |               |  |
| Tipo de Contrato:                                              | PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                  |                   |                  |               |  |           |    |  |           |    |  |           |    |  |       |               |  |
| Nombre del Supervisor:                                         | OLINDA OÑORO JIMÉNEZ                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                  |                   |                  |               |  |           |    |  |           |    |  |           |    |  |       |               |  |
| Objeto del Contrato:                                           | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN LA PROMOCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD, EN ATENCIÓN AL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) MEDIANTE LAS ACCIONES QUE LLEVA A CABO LA SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA EN LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO              |                                  |                   |                  |               |  |           |    |  |           |    |  |           |    |  |       |               |  |
| Plazo de Ejecución:                                            | El plazo para la ejecución del contrato será por (3) tres meses y (10) diez días, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.                                                                                                                           |                                  |                   |                  |               |  |           |    |  |           |    |  |           |    |  |       |               |  |
| Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P) | 202402209                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Fecha de C.D.P.                  | 2024/08/14        |                  |               |  |           |    |  |           |    |  |           |    |  |       |               |  |
| Número de Registro Presupuestal (R.P.)                         | 202405157                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Fecha del R.P.                   | 2024/09/20        |                  |               |  |           |    |  |           |    |  |           |    |  |       |               |  |
| Valor del Contrato                                             | <table><tr><td>Contrato Inicial</td><td colspan="2">\$ 15.000.000</td></tr><tr><td>Adición 1</td><td colspan="2">\$</td></tr><tr><td>Adición 2</td><td colspan="2">\$</td></tr><tr><td>Adición 3</td><td colspan="2">\$</td></tr><tr><td>Total</td><td colspan="2">\$ 15.000.000</td></tr></table> |                                  |                   | Contrato Inicial | \$ 15.000.000 |  | Adición 1 | \$ |  | Adición 2 | \$ |  | Adición 3 | \$ |  | Total | \$ 15.000.000 |  |
|                                                                | Contrato Inicial                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$ 15.000.000                    |                   |                  |               |  |           |    |  |           |    |  |           |    |  |       |               |  |
|                                                                | Adición 1                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$                               |                   |                  |               |  |           |    |  |           |    |  |           |    |  |       |               |  |
|                                                                | Adición 2                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$                               |                   |                  |               |  |           |    |  |           |    |  |           |    |  |       |               |  |
|                                                                | Adición 3                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$                               |                   |                  |               |  |           |    |  |           |    |  |           |    |  |       |               |  |
| Total                                                          | \$ 15.000.000                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                  |                   |                  |               |  |           |    |  |           |    |  |           |    |  |       |               |  |
| Fecha de inicio del contrato                                   | Fecha de terminación del contrato                                                                                                                                                                                                                                                                  | Fecha de Suspensión del contrato | Fecha de reinicio |                  |               |  |           |    |  |           |    |  |           |    |  |       |               |  |
| 20/09/2024                                                     | 31/12/2024                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                  |                   |                  |               |  |           |    |  |           |    |  |           |    |  |       |               |  |

### 1.1 MODIFICACIONES DEL CONTRATO

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

| DOCUMENTO | FECHA SUSCRIPCION<br>AAA/MM/DD | PRÓRROGA DEL<br>PLAZO (meses y/o días) | ADICIÓN VALOR<br>(\$) | OBSERVACIÓN |
|-----------|--------------------------------|----------------------------------------|-----------------------|-------------|
| N.A.      | N.A.                           | N.A.                                   | N.A.                  | N.A.        |
| N.A.      | N.A.                           | N.A.                                   | N.A.                  | N.A.        |
| N.A.      | N.A.                           | N.A.                                   | N.A.                  | N.A.        |
| N.A.      | N.A.                           | N.A.                                   | N.A.                  | N.A.        |

## 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<br>(yyyy-mm-dd) | Hasta<br>(yyyy-mm-dd) |
| N.A.        | N.A.         | N.A.                                          | Calidad del servicio | N.A.                  | N.A.                  |
|             |              |                                               | Cumplimiento         | N.A.                  | N.A.                  |
|             |              |                                               | Anticipo             | N.A.                  | N.A.                  |
|             |              |                                               | Pago anticipado      | N.A.                  | N.A.                  |

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

|      |      |      |                                                                         |      |      |
|------|------|------|-------------------------------------------------------------------------|------|------|
|      |      |      | Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados | N.A. | N.A. |
|      |      |      | Salarios y prestaciones                                                 | N.A. | N.A. |
| N.A. | N.A. | N.A. | Responsabilidad Civil Extracontractual                                  | N.A. | N.A. |
| N.A. | N.A. | N.A. | Otros                                                                   | N.A. | N.A. |

### 3. ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO (\*)

| DESCRIPCIÓN                          |   | VALOR        |
|--------------------------------------|---|--------------|
| Valor del Contrato Inicial           |   | \$15.000.000 |
| Adición No. 1                        |   | \$           |
| Adición No. 2                        |   | \$           |
| Adición No. 3                        |   | \$           |
| Valor Total del contrato             |   | \$15.000.000 |
| Porcentaje del Anticipo              | % | \$           |
| Porcentaje del Pago anticipado       | % | \$           |
| Valor Amortizado del Anticipo        |   | \$           |
| Valor Ejecutado del Contrato         |   | \$3.000.000  |
| Valor por ejecutar                   |   | \$12.000.000 |
| Valor a pagar en el presente Informe |   | \$3.000.000  |
| 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 20 DE SEPTIEMBRE AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2024.

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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Visita de asesoría y asistencia técnica a las (44) IPS vacunadoras del Departamento para la verificación de la aplicación de los lineamientos del PAI- COVID 19 de acuerdo a norma vigente | 1)- Actas de asistencias técnicas de las Instituciones Vacunadoras: ESE/IPS de los municipios de Puerto Colombia y Malambo para la ejecución de los lineamientos para la aplicación de la vacuna las vacunas del PAI y biológicos contra COVID-19.<br>2)- Asistencia telefónica en las dudas de las enfermeras con respecto a los lineamientos técnicos y operativos de los biológicos<br>3)- Actas de capacitaciones y asistencias técnicas en el Seguimiento y reporte de las pérdidas de los biológicos contra COVID-19 y actualizar el reporte en la plataforma de SISPRO POWER BI. |
| Realizar seguimiento a los biológicos PAI-COVID19 y distribuciones según las resoluciones correspondientes a la población priorizada para la vacunación COVID-19                           | 1)- Oficios dirigidos a cada uno de los actores que apoyan en la ejecución y alcance de las metas del PAI.<br>2)- Validar el reporte mensual de las dosis perdidas de los biológicos de vacunación contra COVID-19 en la plataforma Link SISPRO POWER BI.<br>3)- Evaluar el reporte de las pérdidas comparando con el Formato de reporte mensual del saldo en nevera.                                                                                                                                                                                                                   |
| Vigilar que las secretarías de salud municipales realicen las actividades del PAI de acuerdo a la norma vigente.                                                                           | 1)- Acta de comité de seguimiento PAI con frecuencia mensual con la presencia de los diferentes sectores en el proceso de promoción y evaluación y seguimiento del PAI.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                         | 2)- Actas de asistencias técnicas de las Secretarías de Salud de los municipios de Puerto Colombia y Malambo para la ejecución de los lineamientos para la gestión y administración de las vacunas del PAI y biológicos contra COVID-19.<br>3)- Apoyar en la creación de los Indicadores de cobertura COVID-19, según los grupos poblacionales de interés.<br>4)- Evidencias de correos enviados a las Secretarías en el seguimiento de los compromisos.<br>5)- Envío de oficios dirigido a las Secretarías municipales. |
| 4. Organizar con el SENA el proceso de certificación en la competencia laboral “administrar inmunobiológicos según delegación y normativa vigente” (Código NCL: 230101210), para los profesionales y técnicos en salud que laboran en el PAI.                           | Actividad no programada en el periodo relacionado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Socializar temas del PAI a las personas que hacen parte de los programas sociales como: Mas Familias en Acción e ICBF entre otros. Participar en las videoconferencias organizadas por el PAI y vigilancia de enfermedades inmunoprevenibles, que realice el MSPS e INS | 1)- Actas de las mesas de seguimiento del PAI mensuales.<br>2)- Registros de asistencia, pantallazos y evidencias fotográficas de los diferentes espacios de socializaciones presenciales y virtuales de Mesas de trabajo.<br>3)- Registros de las llamadas telefónicas realizadas y recibidas de los secretarios, gerentes y coordinadores PAI para responder a las inquietudes generadas de forma espontánea.                                                                                                          |
| 6. Participar en las videoconferencias organizadas por el PAI y vigilancia de enfermedades inmunoprevenibles, que realice el MSPS e INS.                                                                                                                                | Se participas en las videoconferencias programas y asignadas por el área.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor, con relación a su objeto contractual.                                                                                                                                               | 1)- Seguimiento de los compromisos del Comité mensual de seguimiento.<br>2)- Descripción del procedimiento de la visita de asistencia técnica de IPS/ESE según el proceso de Mejoramiento continuo de la Secretaría.<br>3)- Actividades logísticas para apoyar en la agenda, temas a trabajar y aportar diapositivas para las presentaciones.                                                                                                                                                                            |

**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.

- Seguimiento financiero y presupuestal del contrato.
- Conformación, actualización y seguimiento del expediente con la documentación relacionada con la ejecución del contrato.
- Verificación del pago de Estampillas
- Verificación de la vigencia de la garantía exigida en el contrato.

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

- 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 (\*)**

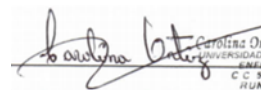
| <u>Número de la Cuenta de Cobro</u> | <u>Número de la Planilla</u>            | <u>Fecha de Pago Planilla</u> | <u>Valor Total de la Planilla (sin intereses)</u> |
|-------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------|
| 1                                   | 9474936193                              | 07/10/2024                    | \$384.100                                         |
|                                     |                                         |                               |                                                   |
|                                     |                                         |                               |                                                   |
|                                     |                                         |                               |                                                   |
|                                     | <u>SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS</u> |                               | \$384.100                                         |

**(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 noviembre de 2024.

  
**FIRMA DEL SUPERVISOR**  
C.C.: 32.834.196 de Baranoo

  
**FIRMA DEL CONTRATISTA**  
C.C.: (55.308.563) de (Barranquilla)

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

**VALIDACIÓN PLANILLA DE PAGO – CAROLINA DEL CARMEN ORTIZ HERNÁNDEZ**



[Contribución Solidaria](#)
[Certificado de aportes](#)
[Declaración de renta](#)
[Número de planilla](#)
[Pago electrónico](#)
[Soporte de pago](#)

[Verificar planilla](#)

 Instructivo

**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      | 55308563                                                                               |
| EPS                                                                                                          |                                                                                        |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD)  |                                                                                        |
| Valor aportado a EPS                                                                                         |     |
| 162500                                                                                                       |                                                                                        |
| Clave de pago                                                                                                |     |
| 9474936193                                                                                                   |                                                                                        |
| Período de cotización (salud)                                                                                |     |
| 2024                      | 09  |

☐ No soy un robot
 

**Verificar planilla**



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



## CERTIFICACIÓN

Yo, **TERESITA MARIA MASTRODOMENICO MEDINA**, identificado con cedula de ciudadanía N° 22.637.194 de Sabanalarga, en mi calidad de referente del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI, certifico el cumplimiento de las actividades que le fueron asignadas por parte del supervisor, al señor **CAROLINA ORTIZ HERNANDEZ**, identificada con cedula de ciudadanía N° **55.308.563**, suscritas en el contrato N° **202401901** de 2024, esto con la finalidad de que pueda gestionar su cuenta de cobro de dicho contrato correspondientes a las realizadas en el periodo del 20 de septiembre al 30 de septiembre de 2024.

La presente certificación se expide el dieciocho (18) de octubre del 2024

Cordialmente

**TERESITA MARIA MASTRODOMENICO MEDINA**

Referente Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI



olinda Oñoro <subsecretariadesaludatlantico@gmail.com>

---

## RV: AUTORIZACIÓN FIRMA DIGITAL

1 mensaje

---

**Olinda Oñoro Jiménez** <oonoro@atlantico.gov.co>

8 de abril de 2024, 10:49 a.m.

Para: "subsecretariadesaludatlantico@gmail.com" <subsecretariadesaludatlantico@gmail.com>

---

**De:** Edgardo Efraín Gómez Barros <egomez@atlantico.gov.co>

**Enviado:** viernes, 5 de abril de 2024 13:17

**Para:** Olinda Oñoro Jiménez <oonoro@atlantico.gov.co>

**Asunto:** RE: AUTORIZACIÓN FIRMA DIGITAL

Solicitud atendida

**EDGARDO E. GOMEZ BARROS**

Subsecretario de Contabilidad

**SECRETARÍA DE HACIENDA**

**GOBERNACION DEL ATLANTICO**

---

**De:** Olinda Oñoro Jiménez <oonoro@atlantico.gov.co>

**Enviado:** martes, 2 de abril de 2024 12:32

**Para:** Edgardo Efraín Gómez Barros <egomez@atlantico.gov.co>

**Cc:** subsecretariadesaludatlantico@gmail.com <subsecretariadesaludatlantico@gmail.com>

**Asunto:** AUTORIZACIÓN FIRMA DIGITAL

Doctor

**EDGARDO GÓMEZ BARROS**

Subsecretario de Contabilidad

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 Subsecretaria de Salud Pública del Departamento del Atlántico.

Quedo atenta a cualquier duda que tengas al respecto.

Atentamente,

Olinda Oñoro Jiménez

Subsecretaria de salud Departamental.



Barranquilla, 22-03-2024

Doctor

**EDGARDO GÓMEZ BARROS**

Subsecretario de Contabilidad

**SECRETARÍA DE HACIENDA DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO**

[egomez@atlantico.gov.co](mailto:egomez@atlantico.gov.co)

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

Cordial saludo.

La Subsecretaría de Salud Pública 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 GESTIÓN 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](mailto:egomez@atlantico.gov.co) y cargar con la respectiva cuenta como adjunto al informe (...)"*

Dado lo anterior, me permito comunicarle que la Subsecretaría de Salud Pública del Departamento del Atlántico, continuará utilizando la firma digital<sup>1</sup> en los informes de gestión de Supervisión y/o Interventoría pendientes de la vigencia 2023 y los que se generarán en la presente vigencia 2024 hasta el mes de diciembre, para los contratistas cuyo supervisor sea la Subsecretaria de Salud Pública del Departamento del Atlántico.

Atentamente,

**OLINDA OÑORO JIMÉNEZ**

Subsecretaria de Salud Pública

Secretaría de Salud del Departamento del Atlántico

<sup>1</sup> Ley 527 de 1999 - Artículo 28

**"ARTÍCULO 28. ATRIBUTOS JURÍDICOS 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.

**PARÁGRAFO.** El uso de una firma digital tendrá la misma fuerza y efectos que el uso de una firma manuscrita, si aquella 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".