

|                                                                                                        |                                                                                                            |                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------|
| <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: | 02        |
| Contrato No:               | 202402338 |

## 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 2024, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución                                                  |                                  |                   |
| Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P) | 202402215                                                                                                                                                                                                             | Fecha de C.D.P.                  | 14/08/2024        |
| Número de Registro Presupuestal (R.P.)                         | 202406448                                                                                                                                                                                                             | Fecha del R.P.                   | 28/10/2024        |
| Valor del Contrato                                             |                                                                                                                                                                                                                       |                                  |                   |
|                                                                | Contrato Inicial                                                                                                                                                                                                      | \$ 11.000.000                    |                   |
|                                                                | Adición 1                                                                                                                                                                                                             | \$                               |                   |
|                                                                | Adición 2                                                                                                                                                                                                             | \$                               |                   |
|                                                                | Adición 3                                                                                                                                                                                                             | \$                               |                   |
|                                                                | Total                                                                                                                                                                                                                 | \$ 11.000.000                    |                   |
| Fecha de inicio del contrato                                   | Fecha de terminación del contrato                                                                                                                                                                                     | Fecha de Suspensión del contrato | Fecha de reinicio |
| 2024/10/28                                                     | 2024/12/31                                                                                                                                                                                                            |                                  |                   |

### 1.1 MODIFICACIONES DEL CONTRATO

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

| DOCUMENTO | FECHA SUSCRIPCION<br>AAA/MM/DD | PRÓRROGA DEL PLAZO<br>(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<br>(yyyy-mm-dd) | Hasta<br>(yyyy-mm-dd) |
|             |              |                                               | Calidad del servicio |                       |                       |
|             |              |                                               | Cumplimiento         |                       |                       |
|             |              |                                               | Anticipo             |                       |                       |
|             |              |                                               | Pago anticipado      |                       |                       |

|                                                                                                        |                                                                                                            |                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------|
| <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 |  |  |
|  |  |  | Salarios y prestaciones                                                 |  |  |
|  |  |  | Responsabilidad Civil Extracontractual                                  |  |  |
|  |  |  | Otros                                                                   |  |  |

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

| DESCRIPCIÓN                          |   | VALOR         |
|--------------------------------------|---|---------------|
| Valor del Contrato Inicial           |   | \$ 11.000.000 |
| Adición No. 1                        |   | \$            |
| Adición No. 2                        |   | \$            |
| Adición No. 3                        |   | \$            |
| Valor Total del contrato             |   | \$ 11.000.000 |
| Porcentaje del Anticipo              | % | \$            |
| Porcentaje del Pago anticipado       | % | \$            |
| Valor Amortizado del Anticipo        |   | \$            |
| Valor Ejecutado del Contrato         |   | \$ 7.000.000  |
| Valor por ejecutar                   |   | \$ 4.000.000  |
| Valor a pagar en el presente Informe |   | \$ 4.000.000  |
| No. Factura o Cuenta de Cobro        |   | 02            |

### 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 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Realizar acompañamiento y seguimiento individual y familiar 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.                                                                                                                                   | Se realizó 50 seguimientos telefónico y 5 visitas domiciliarias a los casos de intento e ideación suicida de los Municipios de Puerto Colombia, reportados en la línea y sivigila; de igual manera se realizaron visitas domiciliarias iniciales con los nuevos casos reportados en sivigila y la línea de salud mental. |
| Realizar acompañamiento y seguimiento el 100% de los casos reportados en SIVIGILA, por Comisarias de familia, ICBF, líneas de atención nacional, Instituciones A la fecha se han realizado los debidos seguimientos telefónicos como contacto inicial y seguimiento de los casos reportados en el SIVIGILA a los casos con edad más de 21 educativas y otras entidades para vigilar la atención integral brindada por las EAPB y ESEal intento suicida y suicidio, en el marco | A la fecha se han realizado los debidos seguimientos telefónicos como contacto inicial y seguimiento de los casos reportados en SIVIGILA                                                                                                                                                                                 |
| Orientar y gestionar la atención de la población objeto, en sus EAPB, y según los municipios asignados.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Se enviaron correos a las Eps y secretarías de salud municipal para gestionar atención integral en salud mental de los casos que no contaban con                                                                                                                                                                         |

|                                                                                                        |                                                                                                            |                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------|
| <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 |

|                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                  | seguimientos por psicología y psiquiatría, se orientó a las familias en los protocolos de asignación de citas, como consultar sus citas y los debidos procesos. Se realizaron reuniones con las secretaras de salud municipal para agilizar atención de los pacientes.                                                                                                                  |
| Realizar visitas domiciliarias a los hogares a la población de niños, niñas , adolescentes, objeto de seguimiento, según se amerite.             | se han realizado visitas domiciliarias en el municipio de Puerto Colombia, reportados en la línea y siviliga y seguimiento de los casos reportados en el SIVIGILA y línea de salud mental, se realizó el levantamiento de la historia clínica familiar y aplicación de cuestionario social MOS (actividades que se pueden evidenciar en el DRIVE para el seguimiento de dichas visitas) |
| Acompañamieto y capacitacion en prevencion de la conducta suicida a las universidades, Instituciones educativas, psicohigiene a comisarios, ICBF | Acompañamiento y capacitacion en prevencion de la conducta suicida a las universidades, Instituciones educativas, psicohigiene a comisarios, ICBF y demas instituciones                                                                                                                                                                                                                 |
| Realizar informes semanales y/o quincenales sobre los seguimientos de los casos, segun lo requiera supervisor.                                   | Se diligencia diariamente el drive con los avances de manera cualitativa y cuantitativamente sobre los casos asignados por municipios y las gestiones en comisarias, icbf, secretarias de salud y educación.                                                                                                                                                                            |
| Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor, con relación a su objeto contractual.                        | Apoyo en las actividades asignadas por el supervisor del contrato. <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Reuniones semanales con el equipo de salud mental</li> <li>➤ Reuniones semanales del equipo POAF para el mejoramiento de las directrices del programa.</li> <li>➤ Gestiones requeridas con otras entidades</li> </ul>                                                       |

**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).

|                                                                                                        |                                                                                                            |                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------|
| <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 |

**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                            | 9477225579                              | 14/11/2024             | 87.100                     |
|                              | 9477384574                              | 19/11/2024             | 261.600                    |
|                              | 9478042220                              | 27/11/2024             | 23.200                     |
| 2                            | 9477225880                              | 26/11/2024             | 464.400                    |
|                              | 9478042409                              | 27/11/2024             | 30.600                     |
|                              | <u>SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS</u> |                        | 866.900                    |

**(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, el 30 de noviembre de 2024

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

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

#### VALIDACIÓN PLANILLA DE PAGO - MARIA CAROLINA PEÑA SUAREZ

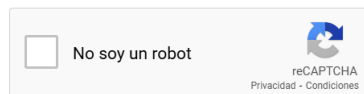
 Instructivo

#### 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          | 1140864759          |
| EPS                           |                     |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD)      |                     |
| Valor aportado a EPS          | 200000              |
| Clave de pago                 | 9477225880          |
| Período de cotización (salud) | 2024 11             |



**Verificar planilla**

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

|                                                                                                        |                                                                                                            |                                |                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------|
| <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> |



### Resumen General de Pago

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |         |                            |            |                 |                 |                    |                          |                        |               |                       |
|-----------------------------------|---------|----------------------------|------------|-----------------|-----------------|--------------------|--------------------------|------------------------|---------------|-----------------------|
| Identificación                    | dv      | Razon Social               |            | Clase Aportante |                 | Sucursal Principal | Dirección                | Ciudad-Departamento    | Teléfono      | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1140864759                     |         | PEÑA 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                    | Días Mora              | Valor         |                       |
| 2024-11                           | 2024-11 | 1079672190                 | 9478042409 | N               | 2024/12/13      | 2024/11/27         | BANCO BBVA COLOMBIA S.A. | 0                      | \$30,600      |                       |
| RESUMEN DE PAGO                   |         |                            |            |                 |                 |                    |                          |                        |               |                       |
| RIESGO                            | CODIGO  | NIT                        | DV         | AFILIADOS       | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA     | SALDOS E INCAPACIDADES   |                        | VALOR A PAGAR |                       |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1)          |         |                            |            |                 | 1               | \$30,600           | \$0                      | \$0                    | \$30,600      |                       |
| COLMENA                           | 14-25   | 800,226,175                | 3          | 1               | \$30,600        | \$0                | \$0                      | \$0                    | \$30,600      |                       |
| TOTAL                             |         |                            |            |                 | 1               | \$30,600           | \$0                      | \$0                    | \$30,600      |                       |

## CERTIFICACIÓN

Yo, **MARIA ELENA Menco POLANCO**, identificado con cedula de ciudadanía N° 32.657.182, en mi calidad de referente del programa de CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL, certifico el cumplimiento a cabalidad de las actividades del señor **MARIA CAROLINA PEÑA SUAREZ**, identificado con cedula de ciudadanía N° 1.140.864.759, suscritas en el contrato N° 202402338 de 2024, esto con la finalidad de que pueda gestionar sus cuentas de cobro de dicho contrato correspondiente a la realizada del 01 de noviembre al 30 de noviembre del 2024.

La presente certificación se expide el treinta (30) de noviembre del 2024.

Cordialmente



**MARIA ELENA Menco POLANCO**  
Convivencia Social y Salud Mental



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".