

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

|                            |           |
|----------------------------|-----------|
| Informe de Supervisión No: | 06        |
| Contrato No:               | 202400911 |

#### 1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

|                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                  |                                  |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Contratista:                                                   | GABRIEL ENRIQUE SARMIENTO MARTINEZ                                                                                                                                                                                                                                                           |                                  |                                  |
| Identificación:                                                | 72.337.363                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                  |                                  |
| Tipo de Contrato:                                              | PRESTACION DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                  |                                  |
| Nombre del Supervisor:                                         | OLINDA OÑORO JIMENEZ                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                  |                                  |
| Objeto del Contrato:                                           | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA ASISTIR ACOMPAÑAR Y FORTALECER LOS DIFERENTES PROCESOS QUE SE LLEVAN A CABO EN LA RED DE LABORATORIOS 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. Prorróguese el plazo del Contrato N° 202400911 hasta el 31 de diciembre de 2024, contados a partir del vencimiento del plazo inicial. |                                  |                                  |
| Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P) | 202400711<br>202403108                                                                                                                                                                                                                                                                       | Fecha de C.D.P.                  | 2024 / 04 / 01<br>2024 / 10 / 08 |
| Número de Registro Presupuestal (R.P.)                         | 202402223                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Fecha del R.P.                   | 2024 / 05 / 09                   |
| Valor del Contrato                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                  |                                  |
|                                                                | Contrato Inicial                                                                                                                                                                                                                                                                             | \$ 27.000.000                    |                                  |
|                                                                | Adición 1                                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$ 7.800.000                     |                                  |
|                                                                | Adición 2                                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$                               |                                  |
|                                                                | Adición 3                                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$                               |                                  |
|                                                                | Total                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$ 34.800.000                    |                                  |
| Fecha de inicio del contrato                                   | Fecha de terminación del contrato                                                                                                                                                                                                                                                            | Fecha de Suspensión del contrato | Fecha de reinicio                |
| 2024 / 05 / 09                                                 | 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 |
|------------|--------------------------------|----------------------------------------|--------------------|-------------|
| 72.337.363 | 2024/11/07                     | Hasta el 31 de diciembre de 2024       | \$ 7.800.000       |             |
|            |                                |                                        |                    |             |
|            |                                |                                        |                    |             |
|            |                                |                                        |                    |             |

#### 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           |   | \$ 27.000.000 |
| Adición No. 1                        |   | \$ 7.800.000  |
| Adición No. 2                        |   | \$            |
| Adición No. 3                        |   | \$            |
| Valor Total del contrato             |   | \$ 34.800.000 |
| Porcentaje del Anticipo              | % | \$            |
| Porcentaje del Pago anticipado       | % | \$            |
| Valor Amortizado del Anticipo        |   | \$            |
| Valor Ejecutado del Contrato         |   | \$ 27.000.000 |
| Valor por ejecutar                   |   | \$ 7.800.000  |
| Valor a pagar en el presente Informe |   | \$ 4.500.000  |
| No. Factura o Cuenta de Cobro        |   | 06            |

### 4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO

#### 4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 09 DE OCTUBRE AL 08 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Elaborar plan de actividades y cronograma para la ejecución de las obligaciones contractuales de acuerdo a los eventos y área que se designe: | Actividad ejecutada el periodo pasado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Apoyar el desarrollo de capacitaciones de acuerdo a los lineamientos nacionales a la red departamental.                                       | Participe en el desarrollo de capacidades "Integridad, Sistemas De Gestión Y Induccion-Reinduccion Al Servidor Público", de forma virtual realizada por la Gobernacion del Atlantico.<br>Participe en el desarrollo de capacidades "Evaluación y Taller Capacitación Redacción de Hallazgos y No conformidades", de forma virtual realizada por el Instituto Nacional de Salud.<br><br><b>Anexo 2.</b> |
| Apoyar en proyectos de investigación y gestión del conocimiento en el área que se designe en el Laboratorio Departamental de Salud Pública.   | Durante este periodo no se realizó esta actividad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Apoyar en la evaluación de la susceptibilidad a insecticidas para la especie Aedes aegypti, pruebas biológicas por la técnica CDC y OMS,      | Esta actividad no se realizado, debido al número de individuos que se requiere para realizar los ensayo, actualmente se cuentan con poblaciones de                                                                                                                                                                                                                                                     |

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| además de pruebas bioquímicas en los municipios del Departamento del Atlántico.                                                                                                                                                                                                         | mosquitos de los municipios de Ponedera, Usiacuri, Baranoa, para realizar Pruebas CDC adultos.                                                                                                                                                                     |
| Apoyar en la determinación taxonómica para formas inmaduras y adultas de especies vectores de interés en salud pública.                                                                                                                                                                 | Realice procesamiento de muestras para el ensayo determinación taxonómica, de acuerdo a la vigilancia entomológica en los municipios del departamento del Atlántico.<br><br><b>Anexo 5.</b>                                                                        |
| Apoyar en la vigilancia, montaje y conservación de especies vectores de interés en salud pública en el departamento.                                                                                                                                                                    | Durante este periodo no se realizó esta actividad.                                                                                                                                                                                                                 |
| Apoyar en la evaluación externa al desempeño realizado por el laboratorio de entomología – RNL del Instituto Nacional de Salud.                                                                                                                                                         | Actividad ejecutada el periodo pasado.                                                                                                                                                                                                                             |
| Apoyar en la realización de informes a nivel departamental y nacional de las actividades desarrolladas en el área de entomología.                                                                                                                                                       | Apoye en el registro de información en el formato para solicitar insecticida (Deltametrina, Pirimifos metil, Temefos) y el control biológico <i>Bacillus sphaericus</i> como medidas de control vectorial en el departamento del Atlántico.<br><br><b>Anexo 8.</b> |
| Apoyar en la desinfección y limpieza de los instrumentos de laboratorio y de su área de desempeño.                                                                                                                                                                                      | Realice limpieza y desinfección en equipos como microscopios, fuente de luz y estereomicroscopios en el área de entomología médica.<br><br><b>Anexo 9.</b>                                                                                                         |
| Cumplir con los parámetros establecidos en el sistema de gestión de la calidad de la institución, garantizando que la documentación a su cargo se mantenga actualizada en su área de desempeño.                                                                                         | Diligencie la información <b>para Indicadores y Calidad</b> , enviada vía email al Líder del LDSP.<br><b>Anexo 10.</b>                                                                                                                                             |
| Apoyar el correcto funcionamiento de las operaciones técnicas y desarrollar, verificar los métodos apropiados de acuerdo a los lineamientos nacionales.                                                                                                                                 | Se verifico todos los formatos utilizados en el área de entomología médica para la realización de ensayos.<br>Anexo 11.                                                                                                                                            |
| Apoyar las actividades que le correspondan para identificar, prevenir, mitigar y tratar los trabajos no conformes que se presenten en los diversos puntos del sistema de gestión y de las operaciones que realizan en el área asignada.                                                 | Se apoyo en el registro de sustancias químicas usadas, con sus fichas de seguridad en el área de Entomología Medica vía email.<br><b>Anexo 12.</b>                                                                                                                 |
| Apoyar en las visitas de asistencia técnica para el cumplimiento de los lineamientos departamentales y nacionales.                                                                                                                                                                      | Durante este periodo no se realizó esta actividad.                                                                                                                                                                                                                 |
| Apoyar en la evaluación y seguimiento de planes de mejoramiento establecidos durante las visitas de asistencia técnica                                                                                                                                                                  | Se realizo evaluación y monitoreo a la vigilancia entomológica por larvitrapas en los municipios de Tubara, Piojo, Baranoa y Usiacuri.                                                                                                                             |
| Cumplir con las normas de bioseguridad y gestión integral de residuos en el área, realizando actos responsables y seguros y haciendo uso de los elementos de protección personal (EPP) acordes con el riesgo al que se expone en el desarrollo de las diferentes actividades.           | Cumplí con las normas de Bioseguridad haciendo uso de los elementos de protección personal (EPP) acorde con el riesgo al que se expone en el área de entomología médica.<br><br><b>Anexo 15.</b>                                                                   |
| Acreditar el cumplimiento de sus obligaciones con el sistema de seguridad social presentando mensualmente el comprobante de pago de los respectivos aportes en salud, pensión y riesgos laborales de conformidad con la clase de riesgo del laboratorio de salud pública departamental. | Realice el cumplimiento de pago en el sistema de seguridad social del periodo de <b>octubre</b> número de planilla <b>9476497027</b> .<br><br><b>Anexo 16.</b>                                                                                                     |
| Apoyar la organización y actualización del archivo documental e informes técnicos que se tramiten de acuerdo a los eventos y área que se designe.                                                                                                                                       | En este periodo no se realizó esta actividad.                                                                                                                                                                                                                      |
| Apoyar en la gestión y aseguramiento metrológico de los equipos del área de desempeño.                                                                                                                                                                                                  | Realice aseguramiento metrológico de equipos por medio de registro de temperatura, uso cronológico de estos.<br><br><b>Anexo 18.</b>                                                                                                                               |

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

|                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Apoyar el seguimiento en la recolección, desactivación, clasificación de los desechos, según su naturaleza en su área de desempeño, diligenciando el registro respectivo.                                                     | Realice el seguimiento en la recolección, desactivación de baja eficiencia y clasificación de los desechos en el área de Entomología Médica, descritos en el formato RH1, Mes octubre.<br><br><b>Anexo 19.</b>                                                                                                         |
| Mantener actualizado el inventario, tanto del material, como de los elementos y reactivos de su área de desempeño y garantizar que los mismos se encuentren disponibles en el momento que se requieran.                       | Apoye en la actualización del inventario de equipos del área de Entomología médica.<br><br><b>Anexo 20.</b>                                                                                                                                                                                                            |
| Proyectar de manera oportuna y de fondo las respuestas de las comunicaciones oficiales asignadas, en cumplimiento al procedimiento establecido y requisitos legales.                                                          | Se apoyo en la revisión plan de contingencia Dengue de los municipios de Puerto Colombia, Malambo y Soledad.<br><br><b>Anexo 21.</b>                                                                                                                                                                                   |
| Apoyar mensualmente la realización de mesas de trabajo con los referentes y profesionales de apoyo de los programas de salud pública, para unificar criterios y tomar decisiones de acuerdo al comportamiento de los eventos. | Se participo en las mesas de trabajo Plan de contingencia DENGUE con la socialización del Indicadores entomológicos y vigilancia virológica junto al área de virología.<br>Se participo en la reunión Sanidad Portuaria, realizada por el área de ambiente de la Secretaria de Salud Departamental<br><b>Anexo 22.</b> |
| Apoyar al laboratorio de salud pública con la elaboración de un documento para divulgación relacionados con los eventos a cargo que estén generando impacto.                                                                  | Actividad ejecutada el periodo pasado.                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Las demás actividades que le sean asignadas, de conformidad a las competencias del ente territorial.                                                                                                                          | Realice cronograma de programación vehículos área entomología médica mes de septiembre.<br><b>Anexo 24.</b>                                                                                                                                                                                                            |

**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.
- Verificación y aprobación de los soportes necesarios para el pago.
- Expedición de la certificación del recibo a satisfacción correspondiente al periodo descrito, de conformidad con el servicio recibido.
- 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

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

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> |
|-------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------|
| 01                                  | 9468806581                              | 2024/06/20                    | \$427,000                                         |
| 02                                  | 9469247221                              | 2024/07/08                    | \$556,900                                         |
| 03                                  | 9470606576                              | 2024/07/29                    | \$556,900                                         |
| 04                                  | 9472033371                              | 2024/09/11                    | \$556,900                                         |
| 05                                  | 9474060823                              | 2024/09/30                    | \$556,900                                         |
| 06                                  | 9476497027                              | 2024/11/19                    | \$556,900                                         |
|                                     | <u>SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS</u> |                               | \$ 3.211.500                                      |

**(La sumatoria total de las planillas sin intereses debe ser igual al pago de la seguridad social sobre el 40% del valor del contrato)**

*NOTA: Aplica para persona natural. Para persona jurídica, anexar certificación del pago de planillas de Seguridad Social por parte del Representante Legal y/o Revisor Fiscal con los soportes asociados.*

Se firma en Barranquilla, a los 21 días del mes de noviembre de 2024.

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

  
**FIRMA DEL CONTRATISTA**  
**C.C.: (72.337.363) 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 – GABRIEL ENRIQUE SARMIENTO MARTINEZ**  
**Resumen General de Pago**

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |         |                                    |            |                 |                 |                    |                        |                        |           |                       |
|-----------------------------------|---------|------------------------------------|------------|-----------------|-----------------|--------------------|------------------------|------------------------|-----------|-----------------------|
| Identificación                    | dv      | Razon Social                       |            | Clase Aportante |                 | Sucursal Principal | Direccion              | Ciudad-Departamento    | Teléfono  | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 72337363                       |         | SARMIENTO MARTINEZ GABRIEL ENRIQUE |            | INDEPENDIENTE   |                 | PRINCIPAL          | CRA 6 B SUR 46 A 67    | BARRANQUILLA-ATLANTICO | 5555555   | No                    |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |                                    |            |                 |                 |                    |                        |                        |           |                       |
| Periodo                           |         | Clave                              |            | Tipo            | Fecha           |                    | Pago                   |                        |           |                       |
| Pensión                           | Salud   | Pago                               | Planilla   | Planilla        | Limite          | Pago               | Banco                  | Dias Mora              | Valor     |                       |
| 2024-10                           | 2024-10 | 1061883409                         | 9476497027 | I               | 2024/11/18      | 2024/11/19         | NEQUI                  | 1                      | \$557,500 |                       |
| RESUMEN DE PAGO                   |         |                                    |            |                 |                 |                    |                        |                        |           |                       |
| RIESGO                            | CODIGO  | NIT                                | DV         | AFILIADOS       | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA     | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR          |           |                       |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1)          |         |                                    |            | 1               | \$288,000       | \$300              | \$0                    | \$288,300              |           |                       |
| COLPENSIONES                      | 25-14   | 900,336,004                        | 7          | 1               | \$288,000       | \$300              | \$0                    | \$288,300              |           |                       |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1)          |         |                                    |            | 1               | \$43,900        | \$100              | \$0                    | \$44,000               |           |                       |
| ARL SURA                          | 14-11   | 890,903,790                        | 5          | 1               | \$43,900        | \$100              | \$0                    | \$44,000               |           |                       |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1)          |         |                                    |            | 1               | \$225,000       | \$200              | \$0                    | \$225,200              |           |                       |
| SALUD TOTAL                       | EPS002  | 800,130,907                        | 4          | 1               | \$225,000       | \$200              | \$0                    | \$225,200              |           |                       |
| TOTAL                             |         |                                    |            | 1               | \$556,900       | \$600              | \$0                    | \$557,500              |           |                       |



GOBERNACIÓN DEL  
ATLÁNTICO

### CERTIFICADO

EL SUSCRITO LÍDER DE PROGRAMA  
DE LA SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA  
DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO  
NIT: 890.102.006 - 1

### CERTIFICA

Que el Sr(a) **GABRIEL ENRIQUE SARMIENTO MARTINEZ**, identificada(o) con la C.C No 72.337.363, realizó las actividades en el periodo comprendido del **09 de octubre al 08 de noviembre del 2024** de acuerdo al objeto del contrato de prestación de servicios No 202400911, cuyo objeto es "PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA ASISTIR ACOMPAÑAR Y FORTALECER LOS DIFERENTES PROCESOS QUE SE LLEVAN A CABO EN LA RED DE LABORATORIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO", en el Laboratorio de Salud Pública Departamental; por tal motivo, se da aval técnico de las actividades que relaciona el contratista en el informe según el cronograma establecido.

En constancia de lo anterior se firma el 20 de noviembre del 2024.

Cordialmente,

**CARLOS ANDRES CARMONA PATIÑO**  
Líder de Programa  
Laboratorio de Salud Pública Departamental

*Vanessa Quintero*  
55228276



NIT: 890.102.006-1  
Código Postal: 090003  
Teléfono: 330 7103

Gobernación del Atlántico  
atlantico.gov.co

• atencionalciudadano@atlantico.gov.co  
• (57)(5) 330 7103  
• Calle 40 carreras 45 y 46 / Barranquilla - Colombia  
• Línea gratuita 01 8000 915 307



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".