

 SECRETARÍA GENERAL	INFORME DE SUPERVISION DE CONTRATOS PARA PRESTACION DE SERVICIOS – BIENES Y SUMINISTROS	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:	3
Contrato No:	202401891

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

Contratista:	MABEL BEATRIZ PERNETT HENRÍQUEZ		
Identificación:	36.697.393		
Tipo de Contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS		
Nombre del Supervisor:	OLINDA OÑORO JIMÉNEZ		
Objeto del Contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA COMPLEMENTAR LAS ACTIVIDADES DE PROMOCION, PREVENCION, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES EMERGENTES, REMERGENTES Y DESATENDIDAS-TUBERCULOSIS, MEDIANTE LAS ACCIONES QUE LLEVA A CABO LA SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA EN LOS 22 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO.		
Plazo de Ejecución:	El plazo para la ejecución del contrato será hasta el TREINTA Y UNO (31) DE DICIEMBRE, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.		
Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	202402298	Fecha de C.D.P.	2024/ 08 / 21
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	202405095	Fecha del R.P.	2024/ 09 / 18
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
2024/09/18	2024/12/31		

1.1 MODIFICACIONES DEL CONTRATO

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

DOCUMENTO	FECHA SUSCRIPCION AAA/MM/DD	PRÓRROGA DEL PLAZO (meses y/o días)	ADICIÓN VALOR (\$)	OBSERVACIÓN

2. GARANTIAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA (según se establezcan en el Contrato)

Nota: Aplica solo para Informes de supervisión de Bienes y suministros.

Aseguradora	No de Póliza	Actualización de Póliza (En caso que aplique)	Amparos	Vigencia	
				Desde (yyyy-mm-dd)	Hasta (yyyy-mm-dd)
			Calidad del servicio		
			Cumplimiento		
			Anticipo		
			Pago anticipado		

 SECRETARÍA GENERAL	INFORME DE SUPERVISION DE CONTRATOS PARA PRESTACION DE SERVICIOS – BIENES Y SUMINISTROS	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		\$8.000.000
Valor por ejecutar		\$3.000.000
Valor a pagar en el presente Informe		\$3.000.000
No. Factura o Cuenta de Cobro		3

4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO

4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2024. (No aplica para personas jurídicas – No establecer periodo)

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
Desarrollar visitas de seguimiento al 100% de los casos de Tuberculosis farmacoresistente (TB-MDR) reportados al programa, con el fin de garantizar la adherencia al tratamiento como apoyo para la identificación de pacientes inasistentes y no adherentes al tratamiento.	OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD - Investigación epidemiológica de campo para los casos de tuberculosis resistente la visita deberá realizarse cada 3 meses hasta terminar tratamiento y continuar cada seis meses hasta completar 2 años posteriores a la finalización del tratamiento - Identificación y seguimiento de sintomáticos respiratorios entre los contactos. DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD Se realiza visita inicial de campo caso nuevo paciente JUAN CARLOS MONSALVO DEL VILAR con Dx de Tuberculosis pulmonar farmacoresistente a fármacos de primera línea (Isoniazida).

 SECRETARÍA GENERAL	INFORME DE SUPERVISION DE CONTRATOS PARA PRESTACION DE SERVICIOS – BIENES Y SUMINISTROS	VERSIÓN	001
		FECHA DE APROBACIÓN	2024-01-31

	Paciente que estuvo en estancia hospitalaria en la clínica Porvenir LTDA en el municipio de Soledad remitido del Ese Hospital de Sabanagrande por presentar sintomatología respiratoria con tos y expectoración verdosa, fiebre vespertina, perdida de peso en el ultimo mes, remitido para valoración por medicina interna con ordenamiento de pruebas moleculares y cultivo para Mycobacterium. DATOS DE INGRESO AL PROGRAMA: Tipo de Tuberculosis: Pulmonar Criterio de Diagnóstico: pruebas moleculares, radiografía de tórax, diagnóstico clínico. Resultado de exámenes microbiológicos de Dx: resistente a Isonizida. Fecha del Dx: 12/10/2024 VIH: No reactivo 11/10/2024 Plan de Tratamiento: TB/MONO H RHZE + Levofloxacin por 6 a 9 meses según la evolución clínica y bacteriológica del paciente. ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO: Niega Dx Actual: Tuberculosis pulmonar mono resistente a la isoniazida. En el abordaje se refuerzan conocimientos frente al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, como tambien se hace énfasis en que todos los casos farmacorresistentes deben ser valorados con controles mensuales con baciloscopia y cultivo en medio líquido, Se evalúan 5 contactos identificados en la visita los cuales no presentan sintomatología respiratoria. Se realiza aplicación del INSTRUMENTO PROGRAMATICO DE SEGUIMIENTO A PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS Y SUS CONTACTOS. Entre los contactos identificados no se identificaron sintomáticos respiratorios los cuales se relacionan a continuación <table><tr><th>Nombres y apellidos del contacto</th><th>Parentesco</th><th>EAPB</th><th>Sintomático Respiratorio</th></tr><tr><td>Karolay Cervantes</td><td>sobrina</td><td>Mutual ser</td><td>No</td></tr><tr><td>Daisy Monsalvo de Cervantes</td><td>hermana</td><td>Mutual Ser</td><td>No</td></tr></table>	Nombres y apellidos del contacto	Parentesco	EAPB	Sintomático Respiratorio	Karolay Cervantes	sobrina	Mutual ser	No	Daisy Monsalvo de Cervantes	hermana	Mutual Ser	No
Nombres y apellidos del contacto	Parentesco	EAPB	Sintomático Respiratorio										
Karolay Cervantes	sobrina	Mutual ser	No										
Daisy Monsalvo de Cervantes	hermana	Mutual Ser	No										

 SECRETARÍA GENERAL	INFORME DE SUPERVISION DE CONTRATOS PARA PRESTACION DE SERVICIOS – BIENES Y SUMINISTROS	VERSIÓN	001
		FECHA DE APROBACIÓN	2024-01-31

	Daniel Guette Sarmiento	hermano	Mutual Ser	No
	Angelica Guzmán Barrios	compañera	Mutual Ser	No
CONCLUSIONES Informar inmediatamente a su Ips de atención primaria Ese Hospital de Sabanagrande si continua con sintomatología respiratoria con signos de alarma como tos con o sin expectoración, pérdida de peso, fiebre etc. Seguir las indicaciones dadas por el personal de salud que lo atiende, realizar los controles médicos y por enfermería programados.				
Desarrollar visitas de seguimiento al 100% de los casos de Tuberculosis farmacoresistente (TB-MDR) reportados al programa, con el fin de garantizar la adherencia al tratamiento como apoyo para la identificación de pacientes inasistentes y no adherentes al tratamiento.	OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD Investigación epidemiológica de campo para los casos de tuberculosis resistente la visita deberá realizarse cada 3 meses hasta terminar tratamiento y continuar cada seis meses hasta completar 2 años posteriores a la finalización del tratamiento Identificación y seguimiento de sintomáticos respiratorios entre los contactos. DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD Se realiza seguimiento inicial caso paciente con Dx de Tuberculosis pulmonar farmacoresistente a isoniazida y rifampicina la cual se encontraba en estancia hospitalaria en la urgencia sur barranquilla sura. Paciente femenina de 53 años de edad la cual se encuentra en domicilio consciente orientada en sus 3 esferas, la cual CASO INDICE: AYDA ARROYO GUZMAN CC: 45.564.734 DX 1: Tuberculosis Pulmonar MDR Dirección: Diagonal 77c No 6B-77 Comorbilidades: Diabetes Esquema Tratamiento: Largo MDR/RR (nuevo): 6mLfx, Cfz, Bdq, Lz 14m Lfx, Cfz, Lz En la visita se evidencia vivienda con 2 habitaciones, la alcoba principal que es donde duerme la paciente tiene buena ventilación, iluminación y no existe hacinamiento, ya que solo convive con su actual pareja ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS: Ninguno. Dx Actual: Tuberculosis Pulmonar MDR. Diabetes En el abordaje se refuerzan conocimientos frente al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, como también se hace énfasis en que todos los casos farmacoresistentes deben ser valorados con controles mensuales con baciloscopia y cultivo en medio líquido, pero en los casos estar atentos en la identificación de sintomáticos respiratorios entre sus contactos. Se entrega y se leen la carta de Deberes y Derechos a las personas afectadas por Tuberculosis. Se realiza seguimiento del INSTRUMENTO PROGRAMATICO DE SEGUIMIENTO A PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS Y SUS CONTACTOS. Entre los contactos identificados no se identificaron sintomáticos respiratorios los cuales se relacionan a continuación y de los cuales 1 contacto menores de 5 años fue derivado para para valoración médica. Nombres y apellidos del contacto Parentesco EAPB Sintomático Respiratorio Flavio Jesus Acosta Perez Compañero Sura No Adriana Lucia Torres Arroyo Hija Sura No CONCLUSIONES La paciente se compromete a seguir las indicaciones dadas por ips primaria de atención Sura calle 30, sobre la enfermedad y notificar reacciones adversas por el medicamento, como tambien realizar los controles médicos y bacteriológicos mensual.			

 SECRETARÍA GENERAL	INFORME DE SUPERVISION DE CONTRATOS PARA PRESTACION DE SERVICIOS – BIENES Y SUMINISTROS	VERSIÓN	001
		FECHA DE APROBACIÓN	2024-01-31

Desarrollar visitas de seguimiento al 100% de los casos de Tuberculosis farmacoresistente (TB-MDR) reportados al programa, con el fin de garantizar la adherencia al tratamiento como apoyo para la identificación de pacientes inasistentes y no adherentes al tratamiento.	OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD - Investigación epidemiológica de campo para los casos de tuberculosis resistente la visita deberá realizarse cada 3 meses hasta terminar tratamiento y continuar cada seis meses hasta completar 2 años posteriores a la finalización del tratamiento - Identificación y seguimiento de sintomáticos respiratorios entre los contactos. DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD Se realiza seguimiento caso paciente MADELEINE ARIZA MARRIAGA con Dx de Tuberculosis pulmonar farmacoresistente MDR. Tratamiento Actual: fase intensiva con levofloxacino 750 mg, Linezolid 600 mg, clofazimine 100 mg. Paciente femenina de 53 años de edad en tratamiento desde el 5 de diciembre de 2023, actualmente en fase de continuación con casi 12 meses de tratamiento, controles bacteriológicos baciloscopia del 15 de octubre negativo, cultivo Positivo del 25 de noviembre de 2023, cultivo negativo del 5 de febrero de 2024, cultivo negativo del 20 de julio 2024. Paciente consciente orientada en sus 3 esferas atenta a las explicaciones y recomendaciones, refiere sentirse muy bien durante el tratamiento y que no ha presentado reacciones adversas a los medicamentos, que lo único es la coloración rojiza en la piel, pero se le explica que esto se debe a que la clofazimine es la que produce esta coloración rojiza y que cuando termine el tratamiento poco a poco volverá la piel a tomar su tono natural En el abordaje se refuerzan nuevamente conocimientos frente al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, como también se hace énfasis en que todos los casos farmacoresistentes deben ser valorados con controles mensuales con baciloscopia y cultivo en medio líquido, pero en los casos estar atentos en la identificación de sintomáticos respiratorios entre sus contactos.
	Se realiza informe de avance de indicadores de programa de Tuberculosis Farmacoresistente hasta la fecha NOVIEMBRE del año 2024. Entrega mensual de informe de actividades de avance e indicadores de programa de acuerdo a los términos de referencia
	Apoyo a la realización de inventario de medicamentos TB sensible y TB resistente mes de NOVIEMBRE.
	Durante el seguimiento inicial de los casos nuevos diagnosticados entre el mes de NOVIEMBRE de 2024 se refuerzan conocimientos frente al diagnóstico y tratamiento, socializando además la carta de deberes y derechos que tienen cada paciente.

 SECRETARÍA GENERAL	INFORME DE SUPERVISION DE CONTRATOS PARA PRESTACION DE SERVICIOS – BIENES Y SUMINISTROS	VERSIÓN	001
		FECHA DE APROBACIÓN	2024-01-31

Derivar a las IPS y ESE y hacer seguimiento a los contactos de TBFR SR y menores de 5 años identificados durante la visita.	Entre los contactos identificados en la visita se realiza seguimiento de caso TBFR LUZ DIVINA HIGUITA ZARACHE esta el menor de de 5 años años
Dar información para mantener actualizada la base de pacientes nuevos TBFR.	Se diligencia base de datos de pacientes con tuberculosis farmacoresistente diagnosticados en el mes de octubre, como también se actualiza con los egresos de pacientes con tratamientos terminados
Mantener archivo actualizado de la tarjeta individual de todos los casos tuberculosis farmacoresistente que ingresan al programa para el envío respectivo al nivel nacional.	Se diligencian tarjetas de tratamiento de los casos nuevos I, II , II y IV trimestre de 2024 las cuales se encuentran en la carpeta drive compartida. Tarjetas de tratamiento TB 2024.
Participar en las Unidades de análisis de los casos TBFR y mortalidad por TBFR	No se han realizado unidades de análisis de casos TBFR ni han reportado muertes por Tuberculosis Farmacorresistentes. Tampoco se ha realizado el comité evaluador de casos especiales de tuberculosis farmacoresistente que es a nivel regional, ya que los especialistas no programados de 2024.
Apoyar en el seguimiento a los casos con TBFR en riesgo o en pérdida en el seguimiento para lograr la adherencia al tratamiento.	Seguimiento caso con riesgo de pérdida del seguimiento del municipio de soledad: Luz Divina Higuaita Zarache se realiza búsqueda domiciliaria a paciente con riesgo de pérdida en el seguimiento notificado a la secretaria de salud Departamental por su EAPB Salud Total para el seguimiento del caso ya que es una paciente poco adherente al tratamiento.
Apoyar la operatividad del CERCET de casos con TBFR.	Pendiente realizar esta actividad para el mes de noviembre 2024

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 JIMÉNEZ quien actúa en nombre y representación del Departamento del Atlántico, en calidad de Supervisor, deja constancia que el contratista ejecutó a cabalidad el objeto del contrato conforme a lo señalado en el Estudio previo, y verificó el cumplimiento de las obligaciones del contratista con los sistemas de Seguridad Social Integral en salud, pensiones y riesgos laborales, información que se puede constatar en la planilla , certificación de pago correspondiente al periodo aquí relacionado.

7.1 ANEXO CONTROL DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL (*)

 SECRETARÍA GENERAL	INFORME DE SUPERVISION DE CONTRATOS PARA PRESTACION DE SERVICIOS – BIENES Y SUMINISTROS	VERSIÓN	001
		FECHA DE APROBACIÓN	2024-01-31

Número de la Cuenta de Cobro	Número de la Planilla	Fecha de Pago Planilla	Valor Total de la Planilla (sin intereses)
1	9472430938	02/10/2024	\$402.200
2	9475095461	25/10/2024	\$402.200
3	9476200020	25/10/2024	\$402.200
	9477068908	21/11/2024	\$402.200
	SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS		

(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 30 días del mes de noviembre de 2024.


FIRMA DEL SUPERVISOR
C.C. 32834196 de Baranoa


FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C.: (36.697.393) de (santa marta)

VALIDACIÓN PLANILLA DE PAGO - MABEL BEATRIZ PERNETT HENRÍQUEZ



Contribución SolidariaCertificado de aportesDeclaración de rentaNúmero de planillaPago electrónicoSoporte de pago

Verificar planilla

Instructivo

Verificar planilla

Verifique la validez de un soporte de pago.

Por favor indique la siguiente información:

Tipo de documento
Cédula de ciudadanía

Número de documento
36697393

EPS
EPS SURA (ANTES SUSALUD)

Valor aportado a EPS
162500

Clave de pago
9477068908

Período de cotización (salud)
202411

☐ No soy un robot


reCAPTCHA
Privacidad - Condiciones

Verificar planilla

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

 SECRETARÍA GENERAL	INFORME DE SUPERVISION DE CONTRATOS PARA PRESTACION DE SERVICIOS – BIENES Y SUMINISTROS	VERSIÓN	001
		FECHA DE APROBACIÓN	2024-01-31



[Contribución Solidaria](#)
[Verificar planilla](#)

[Certificado de aportes](#)

[Declaración de renta](#)

[Número de planilla](#)

[Pago electrónico](#)

[Soporte de pago](#)

 Instructivo

Verificar planilla

Verifique la validez de un soporte de pago.

Por favor indique la siguiente información:

Tipo de documento
Cédula de ciudadanía

Número de documento
36697393

EPS

EPS SURA (ANTES SUSALUD)



Valor aportado a EPS

162500



Clave de pago

9476200020



Período de cotización (salud)

2024

10



No soy un robot



reCAPTCHA
Privacidad - Condiciones

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 de Tuberculosis, certifico el cumplimiento de las actividades que le fueron asignadas por parte del supervisor, al (a) señor (a) **MABEL PERNETT HENRIQUEZ**, identificada con cedula de ciudadanía N° **36.697.393**, suscritas en el contrato N° **202401891** 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 1 de noviembre al 30 de noviembre de 2024.

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

Cordialmente

TERESITA MARIA MASTRODOMENICO MEDINA

Referente Programa de Tuberculosis



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

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 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 digital¹ 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

¹ 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".