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

| | |
|---|---|
| **Informe de Supervisión No:** | 03 |
| **Contrato No:** | 202401841 |

## 1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contratista:** | CLAUDIA MILENA BASTO VERA | | |
| **Identificación:** | 37.724.233 | | |
| **Tipo de Contrato:** | PRESTACION DE SERVICIOS | | |
| **Nombre del Supervisor:** | OLINDA OÑORO JIMENEZ | | |
| **Objeto del Contrato:** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA FORTALECER LAS ACCIONES DE IVC DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS NATURALES EN LOS 22 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO. | | |
| **Plazo de Ejecución:** | El plazo para la ejecución del Contrato será por tres (3) meses, contados a partir del vencimiento del plazo inicial | | |
| **Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)** | 202402208 | **Fecha de C.D.P.** | 2024 / 08 / 14 |
| **Número de Registro Presupuestal (R.P.)** | 202404972 | **Fecha del R.P.** | 2024 / 09 / 16 |

| | | |
|---|---|---|
| **Valor del Contrato** | **Contrato Inicial** | $ 18.000.000 |
| | **Adición 1** | $ |
| | **Adición 2** | $ |
| | **Adición 3** | $ |
| | **Total** | $ 18.000.000 |

| Fecha de inicio del contrato | Fecha de terminación del contrato | Fecha de Suspensión del contrato | Fecha de reinicio |
|---|---|---|---|
| 2024-09-16 | 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) |
| NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | Calidad del servicio | | |
| | | | Cumplimiento | | |
| | | | Anticipo | | |
| | | | Pago anticipado | | |
| | | | Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados | | |
| | | | Salarios y prestaciones | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NO APLICA** | **NO APLICA** | **NO APLICA** | Responsabilidad Civil Extracontractual | | |
| **NO APLICA** | **NO APLICA** | **NO APLICA** | Otros | | |

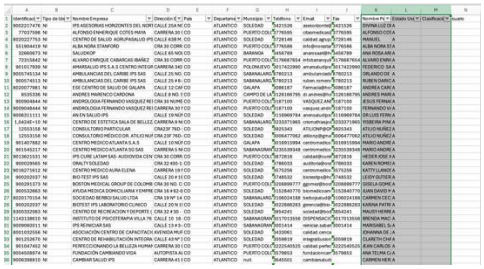
**3. ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO (*)**

| DESCRIPCIÓN | | VALOR |
|---|---|---|
| **Valor del Contrato Inicial** | | **$ 18.000.000** |
| **Adición No. 1** | | **$** |
| **Adición No. 2** | | **$** |
| **Adición No. 3** | | **$** |
| **Valor Total del contrato** | | **$ 18.000.000** |
| **Porcentaje del Anticipo** | **%** | **$** |
| **Porcentaje del Pago anticipado** | **%** | **$** |
| **Valor Amortizado del Anticipo** | | **$** |
| **Valor Ejecutado del Contrato** | | **$ 13.000.000** |
| **Valor por ejecutar** | | **$ 5.000.000** |
| **Valor a pagar en el presente Informe** | | **$ 5.000.000** |
| **No. Factura o Cuenta de Cobro** | | **3** |

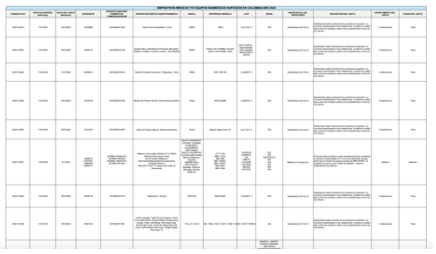
**4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO**

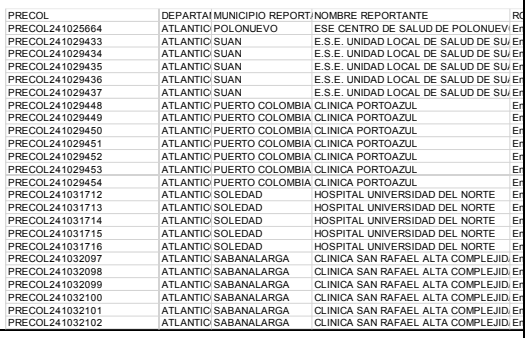
**4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 1 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2024.**

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** |
| 1. Implementar y garantizar la continuidad de los mecanismos y herramientas para identificar, recolectar y gestionar información sobre los eventos asociados, manteniendo los soportes estructurales, informáticos y documentales necesarios para el buen desarrollo del programa. | De las actividades realizada en visita se va verificando con las bases de datos de la inscripción las instituciones inscritas a la red de tecnovigilancia usando la base de datos suministrada por Invima.<br> |
| 2. Realizar apoyo a los procesos Inspección y vigilancia a los dispositivos médicos en IPS y establecimientos que los comercialicen de los 22 municipios del departamento del Atlántico | Realizar apoyo a los procesos Inspección y vigilancia a los dispositivos médicos en IPS y establecimientos que los comercialicen de los 22 municipios del departamento del Atlántico |

| | |
|---|---|
| | Desarrollo: se llevó a cabo las siguientes de visitas de IVC.<br><br>Fasalud IPS SAS<br>Fasalud IPS SAS<br>Fasalud IPS SAS<br>Fasalud IPS SAS<br>Salud en tu hogar IPS<br>Salud en tu hogar IPS<br>Salud en tu hogar IPS<br>Clinica general del Norte<br>Clinica general del Norte<br>Clinica general del Norte<br>Clinica general del Norte<br>Clinica general del Norte<br>Clinica general del Norte<br>Clinica general del Norte<br>Union Vital IPS<br>Union Vital IPS<br>IPS Dentistsocial medical<br>IPS Dentistsocial medical<br>IPS Dentistsocial medical<br>Fundación Chisia<br>Fundación Chisia<br>Fundación Chisia<br>Clinica Adela de Char soledad 1<br>Clinica Adela de Char soledad 2<br>ESE Hospital manati<br>ESE Hospital Piojo<br>ESE Hospital Usiacuri<br>ESE Hospital Local de Suan<br>ESE Hospital de Polonuevo<br>ESE Hospital de Juan de Acosta<br>ESE Hospital de Palmar de Varela<br>ESE Hospital de Santo Tomas<br>ESE Hospital de Campo de la Cruz<br>ESE Hospital de Ponedera<br>ESE Hospital de Luruaco<br>ESE Hospital de Tubará |
| 3. Realizar apoyo a los procesos Inspección, vigilancia y control de los dispositivos médicos en centros de estética y seguimiento a las actividades de los salones de belleza, manteniendo los censos actualizados. | Desarrollo:<br><br>Barbería Baruj<br>Berbería la Berbería<br>peluquería y Berbería armonía integral<br>sala de belleza fine art<br>Sala de belleza Ruluz<br>Peluquería jhon<br>peluquería Mile estilos<br>peluquería oquendo<br>sala de belleza hermanas Rovira glamour y belleza<br>Sala de belleza Idalmis<br>sala de belleza Jahaira<br>sala de belleza Nalcira<br>sala de belleza Shirl stilo<br>sala de belleza Stylo<br>sala de belleza unisex la mona<br>Berbería mr Paul<br>hermanas Rovira glamour |

| | |
|---|---|
| | molitheran barbería y Peluqieria<br>palacio del barbero y belleza<br>peluquería jhon<br>peluquería peter stilo<br>sala de belleza Shirly stilo |
| 4. Realizar seguimiento y gestión de los informes de seguridad, alertas y reportes que genera el INVIMA. | Seguimiento y gestión de los informes de seguridad, alertas y reportes que genera el INVIMA, 26. Publicadas para el mes de agosto.<br><br>Desarrollo: se gestionaron 14 alertas e informes de seguridad<br><br>Alerta No_ #366-2024 - INSTRUMENTAL DE CORTE PARA UN SOLO USO .pdf<br>Alerta No_ #370-2024 - SISTEMA PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE, PROGRAMADOR Y ACCESORIOS .pdf<br>Alerta No_ #371-2024 - NAVITOR™ TRANSCATHETER HEART VALVE-VÁLVULA CARDIACA TRANSCATÉTER .pdf<br>Alerta No_ #372-2024 - EQUIPOS DE RESONANCIA MAGNÉTICA _ RESONADORES MAGNÉTICOS .pdf<br>Alerta Sanitaria 367-2024 - Fraudulencia lubricante Blix.pdf<br>Informe de seguridad No_ #350-2024 .pdf<br>Informe de seguridad No_ #351-2024 .pdf<br>Informe de seguridad No_ #352-2024 (1).pdf<br>Informe de seguridad No_ #353-2024 .pdf<br>Informe de seguridad No_ #354-2024 .pdf<br>Informe de seguridad No_ #362-2024 .pdf<br>Informe de seguridad No_ #363-2024 .pdf<br>Informe de seguridad No_ #364-2024 .pdf<br>Informe de seguridad No_ #365-2024 .pdf |
| 5. Apoyar el desarrollo e implementación de planes y programas de vigilancia y seguimiento activo a dispositivos médicos que supongan alto riesgo de generación de eventos e incidentes adversos. | Durante las visitas de IVC se llevan a cabo seguimiento a los hurtos reportados al Invima<br><br> |
| 6. Realizar apoyo a los procesos Inspección, vigilancia y control de los establecimientos en los que se elaboren y comercialicen los dispositivos médicos sobre medida para la salud visual y ocular, y establecimientos de ortésis y prótesis, manteniendo los censos actualizados. | Se llevo a cabo asistencia técnica a las secretarias de salud de<br><br>Asistencia Tecnica Sec Salud Repelon<br><br>Donde se desarrolló la asistencia técnica a las secretaría de salud Municipales en lo referente a las actividades de Certificación de ópticas sin consultorio y talleres ópticos (Decreto 1011 de 2007 y Resolución 4396 de 2008), Verificación de condiciones de habilitación para brigadas de salud visual y ocular y Visitas de IVC para centros de tatuado y seguimiento a actividades de PAS. |

| | |
|---|---|
| 7. Realizar análisis a los reportes de evento o incidente derivados del uso de<br>dispositivos médicos para su aprobación o rechazo (plataforma INVIMA) generando su respectivo informe a la entidad con cortes trimestrales, realizando el registro en las bases de datos correspondientes. | Se aprobaron 24 y gestionaron reportes subidos a la plataforma de Tecnovigilancia y direccionados a la bandeja de la secretaria de salud departamental<br> |
| 8. Apoyar la gestión para la inspección y vigilancia de las salas de bellezas de los municipios categoría 4ta, 5ta y 6ta del departamento. | Desarrollo:<br>Barbería Baruj<br>Berbería la Berbería<br>peluquería y Berbería armonía integral<br>sala de belleza fine art<br>Sala de belleza Ruluz<br>Peluquería jhon<br>peluquería Mile estilos<br>peluquería oquendo<br>sala de belleza hermanas Rovira glamour y belleza<br>Sala de belleza Idalmis<br>sala de belleza Jahaira<br>sala de belleza Nalcira<br>sala de belleza Shirl stilo<br>sala de belleza Stylo<br>sala de belleza unisex la mona<br>Berbería mr Paul<br>hermanas Rovira glamour<br>molitheran barbería y Peluqieria<br>palacio del barbero y belleza<br>peluquería jhon<br>peluquería peter stilo<br>sala de belleza Shirly stilo |
| 9. Otras actividades asignadas por el supervisor con relación a su objeto de su contractual. | Inicio de visitas de IVC a distribuidores de cosméticos en los municipios del Atlántico<br><br>Se llevo a cabo la mesa de Armonización con Estudiantes de Ingeniería Biomédica de la Corporación Universitaria Reformada |

| PRECOL | DEPARTA | MUNICIPIO REPORT | NOMBRE REPORTANTE | RO |
|---|---|---|---|---|
| PRECOL241025664 | ATLANTIC | POLONUEVO | ESE CENTRO DE SALUD DE POLONUEV | Er |
| PRECOL241029433 | ATLANTIC | SUAN | E.S.E. UNIDAD LOCAL DE SALUD DE SU | Er |
| PRECOL241029434 | ATLANTIC | SUAN | E.S.E. UNIDAD LOCAL DE SALUD DE SU | Er |
| PRECOL241029435 | ATLANTIC | SUAN | E.S.E. UNIDAD LOCAL DE SALUD DE SU | Er |
| PRECOL241029436 | ATLANTIC | SUAN | E.S.E. UNIDAD LOCAL DE SALUD DE SU | Er |
| PRECOL241029437 | ATLANTIC | SUAN | E.S.E. UNIDAD LOCAL DE SALUD DE SU | Er |
| PRECOL241029448 | ATLANTIC | PUERTO COLOMBIA | CLINICA PORTOAZUL | Er |
| PRECOL241029449 | ATLANTIC | PUERTO COLOMBIA | CLINICA PORTOAZUL | Er |
| PRECOL241029450 | ATLANTIC | PUERTO COLOMBIA | CLINICA PORTOAZUL | Er |
| PRECOL241029451 | ATLANTIC | PUERTO COLOMBIA | CLINICA PORTOAZUL | Er |
| PRECOL241029452 | ATLANTIC | PUERTO COLOMBIA | CLINICA PORTOAZUL | Er |
| PRECOL241029453 | ATLANTIC | PUERTO COLOMBIA | CLINICA PORTOAZUL | Er |
| PRECOL241029454 | ATLANTIC | PUERTO COLOMBIA | CLINICA PORTOAZUL | Er |
| PRECOL241031712 | ATLANTIC | SOLEDAD | HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE | Er |
| PRECOL241031713 | ATLANTIC | SOLEDAD | HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE | Er |
| PRECOL241031714 | ATLANTIC | SOLEDAD | HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE | Er |
| PRECOL241031715 | ATLANTIC | SOLEDAD | HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE | Er |
| PRECOL241031716 | ATLANTIC | SOLEDAD | HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE | Er |
| PRECOL241032097 | ATLANTIC | SABANALARGA | CLINICA SAN RAFAEL ALTA COMPLEJID | Er |
| PRECOL241032098 | ATLANTIC | SABANALARGA | CLINICA SAN RAFAEL ALTA COMPLEJID | Er |
| PRECOL241032099 | ATLANTIC | SABANALARGA | CLINICA SAN RAFAEL ALTA COMPLEJID | Er |
| PRECOL241032100 | ATLANTIC | SABANALARGA | CLINICA SAN RAFAEL ALTA COMPLEJID | Er |
| PRECOL241032101 | ATLANTIC | SABANALARGA | CLINICA SAN RAFAEL ALTA COMPLEJID | Er |
| PRECOL241032102 | ATLANTIC | SABANALARGA | CLINICA SAN RAFAEL ALTA COMPLEJID | Er |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 18 | 11 | 2024 | Palacio del barbero y Belleza | Santo Tomas |

***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).**

**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 (sin intereses) |
|---|---|---|---|
| 01 | 73454358 | 30-09-2024 | $ 590.900 |
| 02 | 74029588 | 01-11-2024 | $ 590.900 |
| 03 | 74074389 | 25-11-2024 | $ 590.900 |
| | | | |
| | SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS | | **$1.772.700** |

**(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.: 32.834.196 de Baranoa**

**FIRMA DEL CONTRATISTA**
**C.C.: 37.724.233 Bucaramanga**

## VALIDACIÓN PLANILLA DE PAGO - CLAUDIA MILENA BASTO VERA

enlace operativo

**SuAporte I** AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2024-11-25, 03:03:13 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 74074389

**Periodo Cotización:** noviembre de 2024 **Periodo Servicio:** noviembre de 2024

**PAGADO 25/11/2024**

**I. DATOS DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | CLAUDIA MILENA BASTO VERA | | |
| **Documento** | CC37724233 | **Dirección** | CR 26 #3 A - 272 TORRE 3 APTO 1101 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3018743 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | PUERTO COLOMBIA | **Departamento** | ATLANTICO |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | ARL SURA |

**II. DETALLE DEL APORTANTE**

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | IRL | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días A.F.P | Días A.R.P | Días C.C.F | Días C.P | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 37724233 | CLAUDIA MILENA BASTO VERA | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 0 | (25-14) COLPENSIONES | $ 2.000.000 | $ 320.000 | (EPS010) EPS SURA | $ 2.000.000 | $ 250.000 | 1.044 | $ 2.000.000 | $ 20.900 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 590.900 |

**III.TOTALES**

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 2.000.000 | $ 2.000.000 | $ 2.000.000 | $ 0 | $ 320.000 | $ 250.000 | $ 20.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 590.900 | $ 0 | $ 590.900 |

**CERTIFICACIÓN**

Yo, **CARLOS ALBERTO ESCOBAR TORRES,** identificado con cedula de ciudadanía N° 12.596.889, en mi calidad de Profesional Especializado Grado 07 Código 222, referente del programa de CONTROL DE MEDICAMENTOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS, certifico el cumplimiento a cabalidad de las actividades de la señora **CLAUDIA MILENA BASTO VERA**, identificada con cedula de ciudadanía N° 37.724.233, suscritas en el contrato N° 202401841 de 2.024, esto con la finalidad de que pueda gestionar sus cuentas de cobro de dicho contrato correspondientes a las realizadas del 1 al 3• de •••••• bre del año 2024.

La presente certificación se expide el •••••• (3• ) de •••••• bre del 2.024

Cordialmente

**CARLOS ALBERTO ESCOBAR TORRES**
Profesional Especializado
Control de Medicamentos y Otras Tecnologías

Gmail 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 GESTION DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR, debe tener firma manuscrita, en caso dado que el supervisor siga con la firma digital debe informar por correo electrónico a este despacho al correo egomez@atlantico.gov.co y cargar con la respectiva cuenta como adjunto al informe (…)".*

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