1. DENOMINACION DEL CONTRATO	INFORME No.	01	
Contrato N°	SS-CD-2024-037		
Nombre del Supervisor	SINDY VANESSA MEJIA DIAZ		
2. DE LA ETAPA CONTRACTUAL			
Tipo de contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O APOYO A LA GESTIÓN.	Otro:	
Nombre del contratista	Yudys De Jesús Carrasquilla Anguila		
Identificación del contratista	C.C. N° 1.129.534.836		
Objeto del contrato	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES CONTEMPLADAS EN LA DIMENSIÓN CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL DEL PLAN DE ACCIÓN EN SALUD VIGENCIA 2024 DEL MUNICIPIO DE SOLEDAD - ATLÁNTICO**		
Plazo	**TRES (3) MESES**		
Numero de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	062400148	Fecha del C.D.P	20/02/2024
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	092400492	Fecha del R.P	12/03/2024

Valor del contrato		
	Contrato Inicial	$ 15.000.000
	Adición 1	
	Adición 2	
	Total	$ 15.000.000

3. GARANTIAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA (las solicitadas en el contrato):

Amparos	Asegurad ora	No de Póliza	Vigencia	
			Desde (dd-MM-yyyy)	Hasta (dd-MM-yyyy)
Calidad del servicio	N/A			
Cumplimiento	N/A			

Powered by CamScanner

Anticipo	N/A			
Pago anticipado	N/A			
Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados	N/A			
Salarios y prestaciones	N/A			
Responsabilidad Civil Extracontractual	N/A			

4. EJECUCION DEL CONTRATO

Descripción		Valor
Valor del Contrato Inicial (IVA incluido)		$ 15.000.000
Adición No. 1		
Valor Total del contrato		$ 15.000.000
Porcentaje del Anticipo	$	$
Porcentaje del Pago 0anticipado	$	$
Valor Ejecutado del Contrato		$ 5.000.000
Valor por ejecutar		$ 10.000.000
Valor a pagar en el presente Informe		$ 5.000.000
No. Factura o Cuenta de Cobro		01

5. ACREDITACION PAGOS APORTES (Persona Natural)	BASE GRAVABLE 40% DEL VALOR DEL CONTRATO		APORTE CORRESPONDIENTE AL MES DE
Salud	12.5%	$ 239.900 +10.300	MARZO DE 2024
Pensión	16%	$ 307.100 + 13.200	MARZO DE 2024
ARL	2.436%	$ 49.700	MARZO DE 2024

PLANILLA N° **9464786364 9466277973**	FECHA DE PAGO 2024/04/01 2024/04/30	**USUARIO:** Jandy0706 **CONTRASEÑA:** Alan2222

6. CERTIFICA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRATADO

Powered by CamScanner

ACTIVIDAD RELACIONADA SEGÚN EL PAS	Producto
Realizar asistencia técnica a las IPS en trastornos mentales, epilepsia, consumo de sustancias psicoactivas y violencias, activación de rutas y líneas de ayuda concertadas con el mecanismo articulador de las violencias de género y ante los casos que se identifiquen.	Realice apoyo en la realización de la asistencia técnica a las IPS en trastornos mentales, epilepsia, consumo de sustancias psicoactivas y violencias, activación de rutas y líneas de ayuda concertadas con el mecanismo articulador de las violencias de género y ante los casos que se identifiquen.

Los soportes documentales (en los casos que aplique) del desarrollo de las actividades antes mencionadas son los siguientes:

1 N/A
2 N/A
3 N/A

Con el presente Informe certifico que los datos suministrados en este documento los he verificado personalmente, por lo que ratifico el cumplimiento del objeto contratado, como también dejo constancia que el pago de los impuestos y de la seguridad social corresponde a las normas vigentes, y el informe donde se detallan las actividades realizadas y el cumplimiento del objeto contractual, conforme a lo estipulado en el contrato.

7. PERIODO DE CERTIFICACIÓN	Del 13 DE MARZO al 12 de ABRIL de 2024

INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO

SINDY VANESSA MEJIA DÍAZ	Sindy Mejia D.	YUDYS CARRASQUILLA ANGUILA	Yudys Carrasquilla.
VoBo	INDIRA CERVANTES	Indira Cervantes M.	
Teléfono:	3012858786		
Dirección:	Carrera 17 N° 40-48 Soledad Atlántico		
Fecha del Informe	22 DE MAYO 2024		

Powered by CamScanner