**SECRETARIA DE SALUD**

ALCALDÍA de SOLEDAD

**INFORMES DE ACTIVIDADES E INTERVENTORIA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. DENOMINACION DEL CONTRATO | INFORME No. | 01 | |
| Contrato N° | SS-CD-2024-146 | | |
| Nombre del Supervisor | SINDY VANESSA MEJIA DÍAZ | | |
| 2. DE LA ETAPA CONTRACTUAL | | | |
| Tipo de contrato | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O APOYO A LA GESTIÓN. | Otro: | |
| Nombre del contratista | YULIANA PATRICIA ALMANZA ROJAS | | |
| Identificación del contratista | C.C. N° 1140883105 de Barranquilla | | |
| Objeto del contrato | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES CONTEMPLADAS EN LA DIMENSIÓN SALUD AMBIENTAL DEL PLAN DE ACCIÓN EN SALUD VIGENCIA 2024 DEL MUNICIPIO DE SOLEDAD – ATLÁNTICO | | |
| Plazo | CUATRO (4) MESES | | |
| Numero de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P) | 062400277 | Fecha del C.D.P | 21/03/2024 |
| Número de Registro Presupuestal (R.P.) | 092400937 | Fecha del R.P | 23/04/2024 |

| Valor del contrato | |
|---|---|
| Contrato Inicial | $ 16.000.000 |
| Adición 1 | |
| Adición 2 | $ |
| Total | $ 16.000.000 |

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

| Amparos | Aseguradora | 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) | | $ 16.000.000 |
| Adición No. 1 | | $ |
| Valor Total del contrato | | $ 16.000.000 |
| Porcentaje del Anticipo | $ | $ |
| Porcentaje del Pago 0anticipado | $ | $ |
| Valor Ejecutado del Contrato | | $ 4.000.000 |
| Valor por ejecutar | | $ 12.000.000 |
| Valor a pagar en el presente Informe | | $ 4.000.000 |
| 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% | $ 140.000 | ABRIL DE 2024 |
| Pensión | 16% | $ 179.200 | ABRIL DE 2024 |
| ARL | 1.044% | $ 11.800 | ABRIL DE 2024 |

| | | |
|---|---|---|
| PLANILLA N° 7932946437 | FECHA DE PAGO 04/07/2024 | OPERADOR: ACH SOI<br>USUARIO: 1140883105<br>CONTRASEÑA: Enelda1507.- |

**6. CERTIFICA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRATADO**



Powered by CamScanner

| ACTIVIDAD RELACIONADA SEGÚN EL PAS | Producto |
|---|---|
| Realizar Inspección, Vigilancia y Control al 100% de las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud generadores de residuos hospitalarios y similares para verificar la implementación del PGHIRS. (Decreto 2676, Resolución 1164 del 2.002) | **Actividad 1.**<br><br>Se realizó la actividad de recolección de muestreo de agua junto con la Triple A en cinco barrios del municipio de soledad, entre ellos los almendros.<br><br>**Actividad 2.**<br><br>Se realizó la actividad de recolección de muestreo de agua junto con la Triple A en cinco barrios del municipio de soledad, con las siguientes direcciones: Cra 14 a con calle 64 b, Calle 69 con carrera 12 d, Calle 69 con carrera 4, Diag. 61 b Transv. 1-28, Calle 56 con carrera 4D<br><br>**Actividad 3.**<br><br>Se realizó visita a la a la carrera 5 b entre calles 46, 46ª y 47 para para atender la solicitud realizada por un miembro de la comunidad, en donde se evidencia el rebosamiento de aguas residuales, presencia de mosquitos, basura, malos olores y alcantarilla destapada. Se realiza un acta de visita para que sea enviado a las entidades encargadas de dar solución al caso. |

Los soportes documentales del desarrollo de las actividades antes mencionadas son los siguientes:

1. Fotografía de recolección de muestreo de aguas.
2. Fotografía y acta de recolección de muestreo de aguas
3. Fotografía del día de la visita

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 23 de abril al 22 de mayo de 2024 |
|---|---|

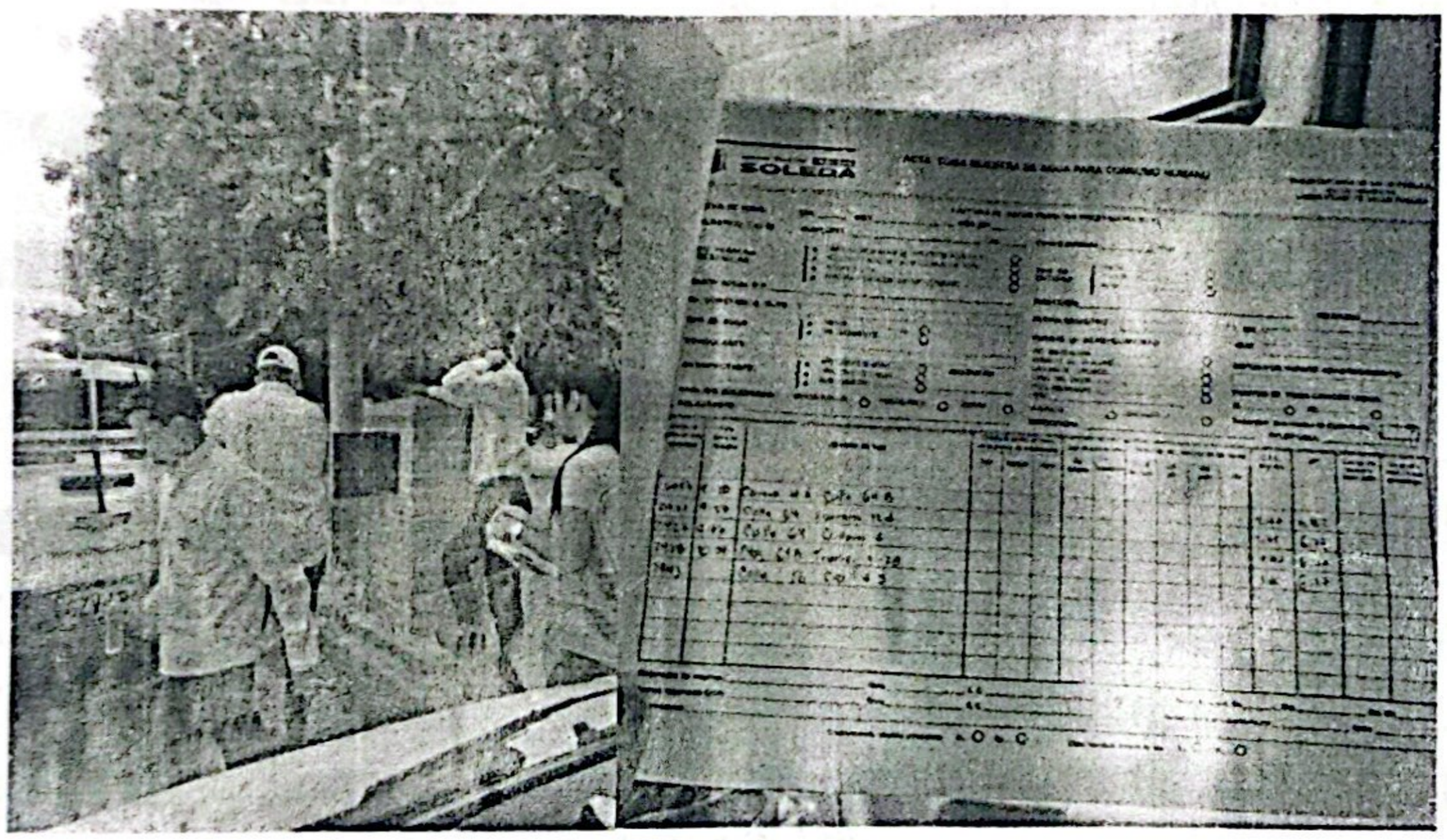
INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO

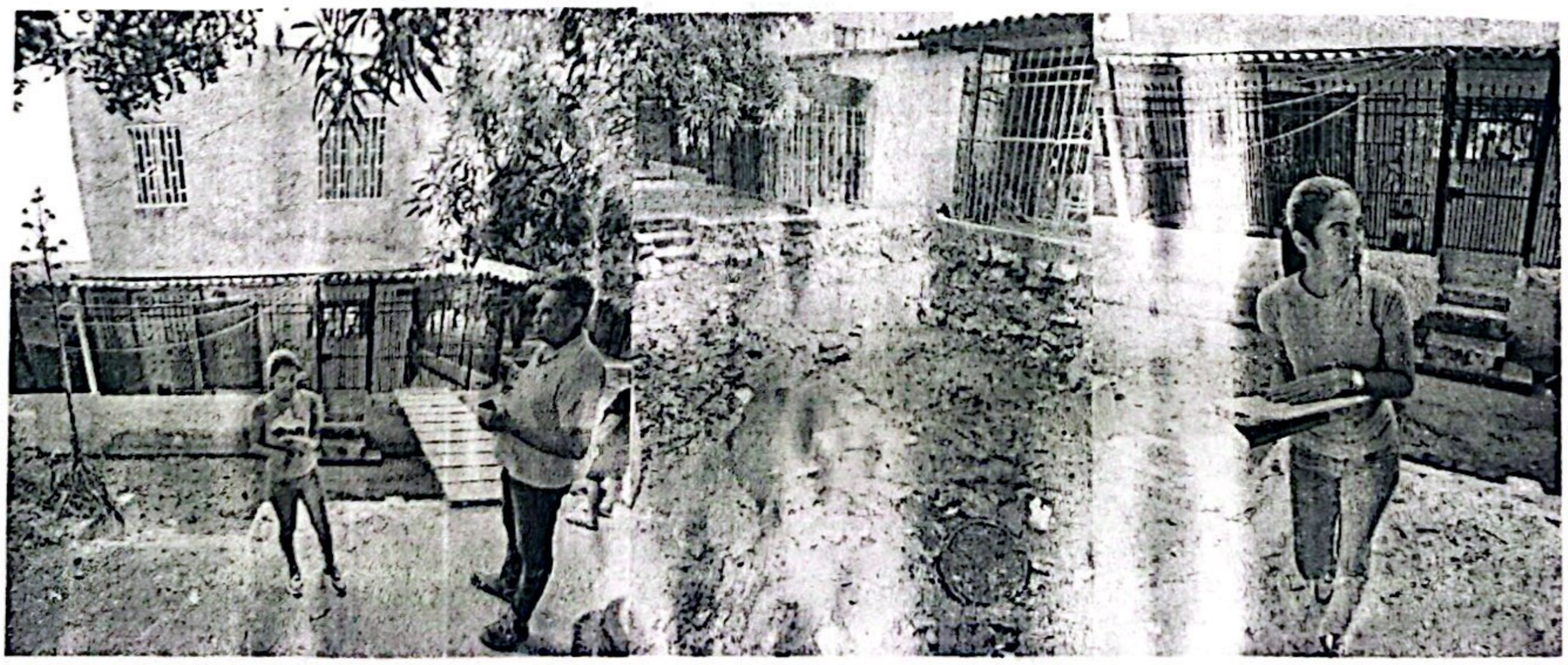
| | | | |
|---|---|---|---|
| SINDY VANESSA MEJIA DÍAZ | | YULIANA PATRICIA ALMANZA ROJAS | |
| VoBo | DIEGO SERRANO | | |
| Teléfono: | 3012858786 | | |
| Dirección: | Calle 41 N° 17-27 Soledad-Atlántico. | | |
| Fecha del Informe | 8 de julio de 2024 | | |



Powered by CamScanner









Powered by CamScanner