## INFORMES DE ACTIVIDADES E INTERVENTORIA

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. DENOMINACION DEL CONTRATO | INFORME No. | 01 | | |
| Contrato N° | SS-CD-2024- 294 | | | |
| 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 | JAIR ENRIQUE OLMOS BARRERA | | | |
| Identificación del contratista | C.C. N° 72.156.395 de Barranquilla | | | |
| Objeto del contrato | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES CONTEMPLADAS EN EL 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) | 062400729 | Fecha del C.D.P | 21/08/2024 | |
| Número de Registro Presupuestal (R.P.) | 092402183 | Fecha del R.P | 10/09/2024 | |
| Valor del contrato | Contrato Inicial | $ 7.5000.000 | | |
| | Adición 1 | | | |
| | Adición 2 | $ | | |
| | Total | $ 7.500.000 | | |

| 3. GARANTIAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA (las solicitadas en el contrato): | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Amparos | Asegura dora | No de Póliza | Vigencia | |
| | | | Desde (dd-MM-yyyy) | Hasta (dd-MM-yyyy) |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Calidad del servicio | N/A | | | |
| Cumplimiento | N/A | | | |
| 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 | | | |

1. EJECUCION DEL CONTRATO

| Descripción | | Valor |
|---|---|---|
| Valor del Contrato Inicial (IVA incluido) | | $ 7.500.000 |
| Adición No. 1 | | $ |
| Valor Total del contrato | | $ 7.500.000 |
| Porcentaje del Anticipo | $ | $ |
| Porcentaje del Pago 0anticipado | $ | $ |
| Valor Ejecutado del Contrato | | $2.500.000 |
| Valor por ejecutar | | $ 5.000.000 |
| Valor a pagar en el presente Informe | | $ 2.500-000 |
| No. Factura o Cuenta de Cobro | | 01 |

| 2. ACREDITACION PAGOS APORTES (Persona Natural) | BASE GRAVABLE 40% DEL VALOR DEL CONTRATO | | APORTE CORRESPONDIENTE AL MES DE |
|---|---|---|---|
| Salud | 12.5% | $ 162.500 | SEPTIEMBRE DE 2024 |
| Pensión | 16% | $ 208.000 | SEPTIEMBRE DE 2024 |
| ARL | 1.044% | $ 13.600 | SEPTIEMBRE DE 2024 |

| | | |
|---|---|---|
| **PLANILLA No 7944580780** | **FECHA DE PAGO 2024/10/07** | OPERADOR SOI<br>USUARIO 72156395<br>CONTRASEÑA: Jairolmos*6905 |

| 6. CERTIFICA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRATADO | |
|---|---|
| ACTIVIDAD RELACIONADA SEGÚN EL PAS | Producto |
| Realizar Investigación Epidemiológica de campo en el 100% de las ETAS notificadas por SIVIGILA y toma de muestras del producto posiblemente implicado, en los casos en que se encuentre el producto y no cumpla con los criterios de rechazo de muestras. | • Reunión oficina para recibir autocomisorios y cronograma de actividades.<br>• Visita de IVC a establecimientos de expendio de alimentos y bebidas alcohólicas (Super tienda Olímpica de la 18, Ara Ferrocarril, D1 San Antonio Ferrocarril, Megatienda Express, Megatienda Nuestro Atlántico, Institución educativa Calda Costa Hermosa)<br>• Atención PQRS visita de IVC establecimiento de Licores<br>• Reunión oficina secretaria Salud para charla de encuestador. |
| Los soportes documentales (en los casos que aplique) del desarrollo de las actividades antes mencionadas son los siguientes:<br>1 N/A<br>2 N/A<br>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 10 al septiembre de 09 de octubre de 2024 |
| INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **SINDY VANESSA MEJIA DÍAZ** | Sindy Mejia Díaz | **JAIR ENRIQUE OLMOS BARRERA** | |
| Vo. Bo | **LUZ MARINA CASTRO GUZMAN** | Luz Marina Castro G. | |
| Teléfono: | 3012858786 | | |
| Dirección: | Calle 41 No 17-27 Soledad-Atlántico. | | |
| Fecha del Informe | 09 de octubre del 2024 | | |

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS








