REPUBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

Registro No. 092402156

Referencia No. 062400635

DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO

ALCALDIA MUNICIPAL DE SOLEDAD ATLANTICO

- 09 - REGISTRO DE COMPROMISO PRESUPUESTAL *-*

Vigencia Fiscal 2024

Fecha de Expedición: jueves, 5 de septiembre de 2024

BENEFICIARIO: 22656563 - TORRES ALFARO ANGELA ROSA

Origen Legal: 000 - General (SS-CD-2024-304)

Concepto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES CONTEMPLADAS EN EL PLAN DE ACCIÓN EN SALUD VIGENCIA 2024 DEL MUNICIPIO DE SOLEDAD - ATLÁNTICO

Valor: 14,660,000.00

Son: CATORCE MILLONES SEISCIENTOS SESENTA MIL CON 00 / 100 PESOS M/L

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

Rubro	Descripción del rubro	Fuente	Valor
	GASTOS NIVEL CENTRAL		
	Inversion		
	GASTOS DE INVERSION A TRAVES DE LOS FONDOS		
19	SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL		
1906	Aseguramiento y prestación integral de servicios de salud		
0300-03	Intersubsectorial Salud-Transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables		
	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión en salud		
1906041	Servicio de asistencia técnica	1.2.3.2.28.02 - derechos por la	14,660,000.00
CCPET: 2.3.2.02.02.009			
		Total Registro de Compromiso Presupuestal	**14.660.000,00**

Hacemos constar que se ha hecho REGISTRO PRESUPUESTAL de acuerdo al Presupuesto de Rentas y Gastos de la ALCALDIA MUNICIPAL DE SOLEDAD ATLANTICO; Vigencia 2024.

RAMON EMILIO SALAS MALDONADO
JEFE DE PRESUPUESTO

Cuenta de cobro Factura y valor letras

Acta de compromiso primera y segunda hoja

Cta #4 dos 20 días

Maria F.

Impreso el 5/09/2024 10:24:28a.m. por STEVEN BERDUGO HERRERA
Reporte: p_movimiento_r

Generado por PubliSoft
Página 1 de 1

Scanned with CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

Certificado No.
062400635

DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO

ALCALDIA MUNICIPAL DE SOLEDAD ATLANTICO

- 06 - CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD *-*

Vigencia Fiscal 2024

Fecha de Expedición: martes, 23 de julio de 2024

BENEFICIARIO: 0 - *** SIN TERCERO ASIGNADO ***

Origen Legal: 000 - General ()

Concepto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA REVISIÓN Y AUDITORIAS DE CUENTAS MEDICAS.
Valor: 157,000,000.00

Son: CIENTO CINCUENTA Y SIETE MILLONES CON 00 / 100 PESOS M/L

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

Rubro	Descripción del rubro	Fuente	Valor
	GASTOS NIVEL CENTRAL		
	Inversion		
	GASTOS DE INVERSION A TRAVES DE LOS FONDOS		
19	SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL		
1906	Aseguramiento y prestación integral de servicios de salud		
0300-03	Intersubsectorial Salud-Transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables		
	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión en salud		
1906041 BPIN: 2024087580060	Servicio de asistencia técnica	1.2.3.2.28.02 - derechos por la	157,000,000.00
		Total Certificado de Disponibilidad	**157.000.000,00**

Hacemos constar que el presente CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL, se realizó de acuerdo al Presupuesto de Rentas y Gastos de la ALCALDIA MUNICIPAL DE SOLEDAD ATLANTICO; Vigencia 2024. Certificando que existe apropiación presupuestal disponible y libre de afectación en el (los) rubro(s) , fuente(s) y cantidad(es) aquí descrita(s).

RAMON EMILIO SALAS MALDONADO
JEFE DE PRESUPUESTO

MARGARITA ROSA RODRIGUEZ ACOSTA
SECRETARIA DE HACIENDA (E)

2:00 pm

Soledad, 05 diciembre de 2024

Cuenta No. 004

ALCALDÍA DE SOLEDAD ATLÁNTICO
Nit. 890.106.291-2

Debe a:

ANGELA ROSA TORRES ALFARO
CC. N°22.656.563 de Barranquilla

La suma de.....($ 2.660.000)

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES CONTEMPLADAS EN EL PLAN DE ACCIÓN EN SALUD VIGENCIA 2024 DEL MUNICIPIO DE SOLEDAD - ATLÁNTICO.

PERIODO POR COBRAR DEL 9 DE DICIEMBRE AL 29 DE DICIEMBRE de 2024.

Contrato No. **SS-CD-2024-304**
CDP N° 062400635
RP N° 092402156
Cuenta de ahorro No. 026670296362
Banco Daviviemda

Valor en letras: DOS MILLONES SEISCIENTOS SESENTA MIL DE PESOS M/L.

Número de contacto:3 0 0 2 5 6 0 4 0 9
Correo electrónico: rosyangela24@hotmail.com

Atentamente,

Angela Torres Alfaro
CC. No. 22.656.563 de Barranquilla

Soledad, 05 diciembre de 2024

Cuenta No. 004

ALCALDÍA DE SOLEDAD ATLÁNTICO
Nit. 890.106.291-2

Debe a:

ANGELA ROSA TORRES ALFARO
CC. N°22.656.563 de Barranquilla

La suma de.....($ 2.660.000)

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES CONTEMPLADAS EN EL PLAN DE ACCIÓN EN SALUD VIGENCIA 2024 DEL MUNICIPIO DE SOLEDAD - ATLÁNTICO.

PERIODO POR COBRAR DEL 9 DE DICIEMBRE AL 29 DE DICIEMBRE de 2024.

Contrato No. **SS-CD-2024-304**
CDP N° 062400635
RP N° 092402156
Cuenta de ahorro No. 026670296362
Banco Daviviemda

Valor en letras: 2.660.000 DE PESOS M/L.

Número de contacto:3 0 0 2 5 6 0 4 0 9
Correo electrónico: rosyangela24@hotmail.com

Atentamente,

Angela Torres A.

Angela Torres Alfaro
CC. No. 22.656.563 de Barranquilla

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BARRANQUILLA,
ATLANTICO,
COLOMBIA,
A quién interese

19/11/2024

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor ANGELA ROSA TORRES ALFARO** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **22656563**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

N#mero	**026670296362**
Saldo a la fecha	**1,407,253.99 Pesos**
Fecha de apertura	**22/01/2015**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 22.656.563

TORRES ALFARO

APELLIDOS

ANGELA ROSA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-SEP-1982

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

24-NOV-2000 BARRANQUILLA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0305200-00255640-F-0022656563-20100915 0023936836H 1 3400565670

Powered by CamScanner

INFORMES DE ACTIVIDADES E INTERVENTORIA

1. DENOMINACION DEL CONTRATO	INFORME No.	04		
Contrato N°	**SS-CD-2024-304**			
Nombre del Supervisor	EDISON MANUEL BARRERA REYES			
2. DE LA ETAPA CONTRACTUAL				
Tipo de contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O APOYO A LA GESTIÓN.		Otro:	
Nombre del contratista	Angela Rosa Torres Alfaro			
Identificación del contratista	C.C. N° 22656563			
Objeto del contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES CONTEMPLADAS EN EL PLAN DE ACCIÓN EN SALUD VIGENCIA 2024 DELMUNICIPIO DE SOLEDAD - ATLÁNTICO			
Plazo	TRES (3) MESES y 20 DIAS			
Numero de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	062400635	Fecha del C.D.P	23/07/2024	
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	092402156	Fecha del R.P	05/09/2024	

Valor del contrato		
	Contrato Inicial	$ 14.660.000
	Adición 1	
	Adición 2	$ 0
	Total	$ 14.660.000

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			

4. EJECUCION DEL CONTRATO

Descripción		Valor
Valor del Contrato Inicial (IVA incluido)		$ 14.660.000
Adición No. 1		$
Valor Total del contrato		$ 14.660.000
Porcentaje del Anticipo	$	$
Porcentaje del Pago 0anticipado	$	$
Valor Ejecutado del Contrato		$ 12.000.000
Valor por ejecutar		$ 0
Valor a pagar en el presente Informe		$ 2.660.000
No. Factura o Cuenta de Cobro		04

5. ACREDITACION PAGOS APORTES (Persona Natural)	BASE GRAVABLE 40% DEL VALOR DEL CONTRATO		APORTE CORRESPONDIENTE AL MES DE DICIEMBRE
Salud	12.5%	$ 326.500	Diciembre 2024
Pensión	16%	$ 418.000	Diciembre 2024
ARL	1.044%	$ 27.300	Diciembre 2024

PLANILLA N° 7948789625	FECHA DE PAGO 2024/12/02	USUARIO:22656563 CONTRASEÑA: Rosytorres2004$

6. CERTIFICA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRATADO

ACTIVIDAD RELACIONADA SEGÚN EL PAS	Producto
- REALIZAR AUDITORIAS DE CUENTAS POR EMERGENCIAS MEDICAS	- Inspección, vigilancia y control de auditorías por emergencia medicas -Inspección, vigilancia y control en el seguimiento a los lineamientos normativos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, en el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la Prestación de Servicios de Salud PAMEC. - visita de IVC de los Dispensarios en el municipio de Soledad. -Reuniones virtuales semanal de socialización de instrumentó y organización del cronograma para las IVC. -Preparar documentos técnicos para desarrollar acciones de asistencia técnica en el programa de farmacovigilancia y tecnovigilancia en los diferentes prestadores de servicios de salud en el municipio de Soledad que tengan habilitado el servicio de urgencias y hospitalización.

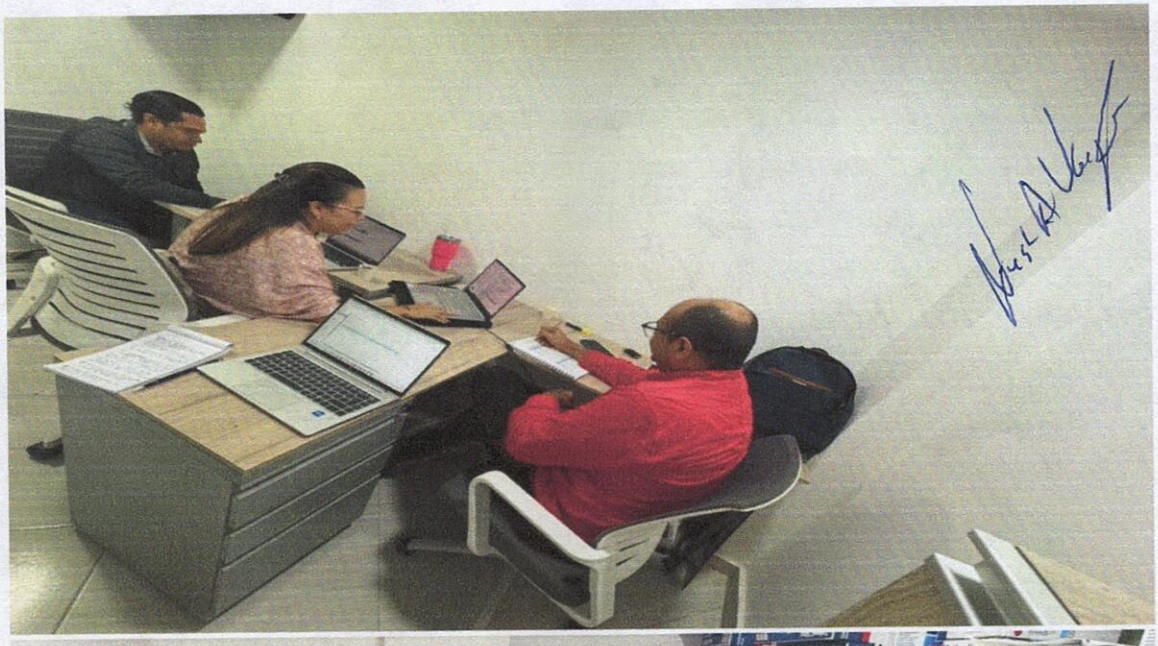
Los soportes documentales (en los casos que aplique) del desarrollo de las actividades antes mencionadas son los siguientes:
1 N/A
2 N/A
3 N/A

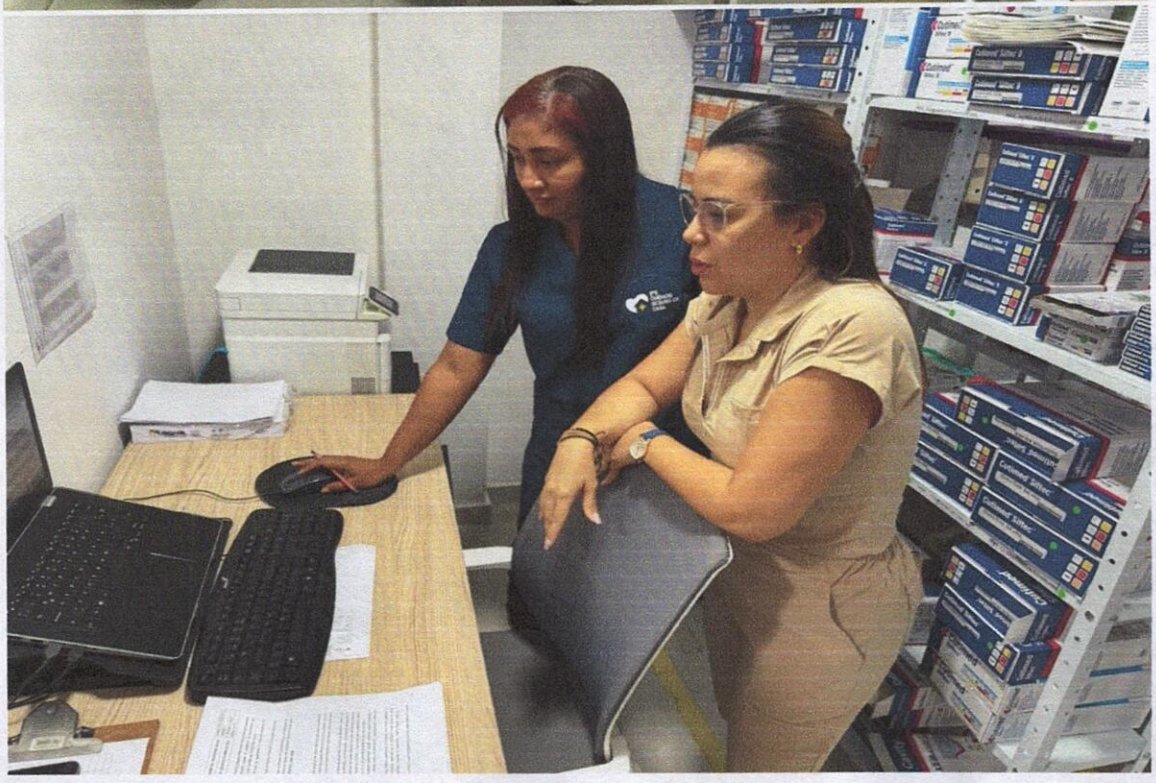
Con el presente Informe certifico que los datos suministrados en este documento los he verificado personalmente, por lo que ratifico el cumplimiento del objeto contratado, como también dejo constancia que el pago de los impuestos y de la seguridad social corresponde a las normas vigentes, y el informe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

7. PERIODO DE CERTIFICACIÓN	Del 9al 29 de diciembre del 2024

INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO

EDISON MANUEL BARRERA REYES		ANGELA TORRES ALFARO	
Líder de Dimensión			
Teléfono:	3114074797		
Dirección:	Calle 41 N. 17- 27Soledad Atlántico		
Fecha del Informe	5 de diciembre de 2024		





PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	22656563
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANGELA ROSA TORRES ALFARO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CALLE 3333333	TELÉFONO:	3333333
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	ARL - 01
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	7948789625	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/12/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1092931080	

NOVEDADES															
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 418.000
SUBTOTAL:			1	**$ 418.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 326.500
SUBTOTAL:			1	**$ 326.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 27.300
SUBTOTAL:			1	**$ 27.300**

VALOR SIN MORA:	**$ 771.800**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 771.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	22656563	
		ANGELA ROSA TORRES ALFARO	
BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO	
CALLE 3333333	TELÉFONO:	3333333	
02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	
PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act	
SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	ARL - 01	
REFORMA TRIBUTARIA):		NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7948789625			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	diciembre AÑO	2024
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/12/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1092931080

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ISTRADORA															
NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES						
			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO				
	1	$ 418.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 418.000	$ 0	$ 418.000				
									$ 418.000	$ 0	$ 418.000				

TOTAL APORTES A SALUD

STRADORA																
NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES				
		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
JD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 326.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 326.500	$ 0	$ 0	$ 326.500	
												$ 326.500	$ 0	$ 0	$ 326.500	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ISTRADORA												
NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES				
		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 27.300	$ 27.300	$ 0	$ 0	$ 27.300	
								$ 27.300	$ 0	$ 0	$ 27.300	

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES							
EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN							SALUD						ARP							CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																			ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
	NO																		231001-COLFONDOS	30	$ 2.612.000	$ 418.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 418.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 2.612.000	$ 326.500	$ 0	$ 326.500	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.612.000	22656563	$ 27.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 771.800

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	22656563
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANGELA ROSA TORRES ALFARO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CALLE 3333333	TELÉFONO:	3333333
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	ARL - 01
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	7948789625	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES: diciembre	PERIODO COTIZACIÓN		MES:	diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD:		AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/12/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1092931080	

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 418.000
SUBTOTAL:			1	**$ 418.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 326.500
SUBTOTAL:			1	**$ 326.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 27.300
SUBTOTAL:			1	**$ 27.300**

VALOR SIN MORA:	**$ 771.800**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 771.800**

SECRETARÍA LOCAL DE SALUD
Municipio de Soledad

ALCALDÍA de SOLEDAD

ACTA DE COMPROMISO
CONTRATOS PRESTACION DE SERVICIO – APOYO A LA GESTION
EJECUCION CONTRATO POR PAGO ANTICIPADO POR CIERRE DE VIGENCIA 2024

I. CONTANCIA DE LAS PARTES ASISTENCIA

Entre los suscritos: **EDISON MANUEL BARRERA REYES** identificado con la cédula de ciudadanía número o 72.231.323, en su condición de secretario Local de Salud del Municipio de Soledad, según Decreto No. STH No 048 del 5 de junio de 2023, quien en adelante se denominará **MUNICIPIO DE SOLEDAD – ATLANTICO** y por otro parte, **ANGELA ROSA TORRES ALFARO,** identificado con cédula de ciudadanía No 22.656.563 expedida en la ciudad de BARRANQUILLA, quien para todos los efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATISTA,** se reunieron en las instalaciones de la **SECRETARIA LOCAL DE SALUD** del Municipio de Soledad, con el objeto de realizar un acuerdo de ejecutar el objeto contractual de los servicios faltantes hasta el 31 de diciembre _, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Que entre las partes existe una relación contractual por la modalidad de contratación directa de Prestación de servicio y Apoyo a la Gestión bajo el número SS-**CD-2024-304**, el cual se describe mas adelante.
2. Que mediante circular de fecha 28 de noviembre de 2024, secretaria de Hacienda y Contabilidad comunican la fecha para recibido de facturas y cuentas por parte de los contratista por cierre de vigencia hasta el día 06-12-2024
3. Que mediante comunicación de fecha 28 de noviembre de 2024, la secretaria Local de Salud de Soledad, emite comunicación a todos los CONTRATISTAS POR CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, INTERADMINISTRATIVOS, CONVENIOS Y MINIMA CUANTIA, mediante el cual emite las consigas del pago de facturas y cuentas de la siguiente manera:
    1. RECEPCION DE FACTURAS Y CUENTAS DE COBRO: Se recibirán facturas y cuentas de cobros por ventanilla única hasta el día 06 de diciembre de 2024
    2. CARTA DE COMPROMISO: Las facturas y/o cuentas de cobro además de los documentos exigibles para pago de contratos que tengan fecha de finalización posterior al día 06 de diciembre de 2024 hasta el 31 del mismo mes, deberán diligenciar y anexar Carta de Compromiso (anexo al presente documento), para la ejecución del objeto contractual de los días faltantes, así mismo el pago de seguridad social.

II. DATOS Y ESTADO ACTUAL EL CONTRATO

TIPO DE CONTRATACION:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION Y/O SERVICIOS PROFESIONALES		
NUMERO DE CONTRATO	SS-CD-2024-304		
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES CONTEMPLADAS EN EL PLAN DE ACCIÓN EN SALUD VIGENCIA 2024 DELMUNICIPIO DE SOLEDAD - ATLÁNTICO		
VALOR DEL CONTRATO:	CATROCE MILLONES SEISIENTOS SESENTA MIL PESOS.(14.660.000)	**PLAZO:**	3 MESES Y 20 DIAS
SUPERVISOR:	**EDISON MANUEL BARRERA REYES**	**CARGO:**	secretario Local de Salud del Municipio de Soledad
FECHA DE INICIO:	9/09/2024	**FECHA FINAL:**	29/12/2024

III. INFORMACION FINANCIERA				
No. CDP: 62400635	**FECHA EXP**	23/07/2024	**VALOR**	CIENTO CINCUENTA Y SIETE MILLONES DE PESOS(157.000.000)
No. RP: 092402156	**FECHA EXP**	05/09/2024	**VALOR**	CATROCE MILLONES SEIS SIENTO SESENTA MIL PESOS (14.660.000)
VALOR EJECUTADO Y PAGADO	**12.000.000**		**SALDO POR EJECUTAR - PAGO ANTICIPADO**	2.660.000
DIAS /MESES EJECUTADOS	**3 MESES**		**DIAS/MES POR EJECUTAR - PAGO ANTICIPADO**	20 DIAS

IV. AFILIACION ARL			
ADMINISTRADORA DE RIEGOS LABORALES:	SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A		
FECHA EXP: 06/09/2024 **No.**	**COBERTURA**	**FECHA**	**PLAZO AFILIACION**
	FECHA DE INICIO	09/09/2024	3 meses y 20 días
	FECHA FINAL	29/12/2024	

V. COMPROMISOS

1. EL (LA) CONTRATISTA, se compromete a ejecutar los veintiún (21) días faltantes del mes de diciembre comprendidos del día 09-12-2024 al 29-12-2024, reconocidos y pagados anticipadamente mediante cuenta de cobro a presentar de fecha 05 diciembre de 2024, por un valor de $ 2.660.000.
2. El contratista deberá realizar el informe de gestión al término del mes y/o días ejecutados dejando constancia de las actividades realizadas de acuerdo al objeto contrato
3. El supervisor del contrato deberá emitir el informe de supervisión de los días y/o mes ejecutado
4. El supervisor del contrato deberá informar por escrito si existe incumplimiento por parte del contratista del compromiso asumido, el cual dará inicio para adelantar las acciones pertinentes que haya a lugar

En constancia de lo anterior se firma el presente documento entre las partes, de común acuerdo el día, 5 de diciembre de 2024.

EDISON BARRERA REYES
Secretario Local de Salud

ANGELA ROSA TORRES ALFARO
EL (LA) CONTRATISTA

Revisado: Coord. Prepuesto _____
Revisado: Rad Cuenta _____

ARL | sura

Medellín, 06 de septiembre de 2024

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que ANGELA ROSA TORRES ALFARO identificado(a) con cédula de ciudadanía 22656563 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 09/09/2024 **Fecha fin cobertura:** 29/12/2024

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

ALCALDIA MUNICIPAL DE SOLEDAD N890106291

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
1692001 - ACTIVIDADES DE CONTABILIDAD, TENEDURÍA DE LIBROS, AUDITORÍA FINANCIERA Y ASESORÍA TRIBUTARIA, INCLUYE EL REGISTRO CONTABLE DE TRANSACCIONES COMERCIALES DE EMPRESAS Y OTRAS ENTIDADES, AUDITORÍA DE LOS ESTADOS FINANCIEROS, EL PROCESAMIENTO Y LIQUIDACIÓN DE NÓMINA, CERTIFICACIÓN DE LOS ESTADOS FINANCIEROS, DECLARACIONES TRIBUTARIAS Y DE IMPUESTOS DE PERSONAS NATURALES Y JURÍDICAS, ASESORAMIENTO Y REPRESENTACIÓN DE CLIENTES ANTE LAS AUTORIDADES TRIBUTARIAS

CLASE DE RIESGO: 1 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 0.522%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000032 - SALUD PUBLICA VISITAS R2
CLASE: 2 **PORCENTAJE:** 1.044% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
2862102 - ACTIVIDADES DE LA PRÁCTICA MÉDICA, SIN INTERNACIÓN; INCLUYE LA PRÁCTICA MÉDICA REALIZADA A PACIENTES EXTERNOS O AMBULATORIOS EN CONSULTORIOS PRIVADOS, CENTROS MÉDICOS, PUESTOS DE SALUD, CLÍNICAS ASOCIADAS CON EMPRESAS, ESCUELAS, HOGARES PARA ANCIANOS, ORGANIZACIONES SINDICALES Y ASOCIACIONES PROFESIONALES, ASÍ COMO EN EL DOMICILIO DE LOS PACIENTES; Y LOS CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO, TALES COMO ESTERILIZACIÓN Y LA TERMINACIÓN DE EMBARAZO, SIN INTERNACIÓN

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
2862102 - ACTIVIDADES DE LA PRÁCTICA MÉDICA, SIN INTERNACIÓN; INCLUYE LA PRÁCTICA MÉDICA REALIZADA A PACIENTES EXTERNOS O AMBULATORIOS EN CONSULTORIOS PRIVADOS, CENTROS MÉDICOS, PUESTOS DE SALUD, CLÍNICAS ASOCIADAS CON EMPRESAS, ESCUELAS, HOGARES PARA ANCIANOS, ORGANIZACIONES SINDICALES Y ASOCIACIONES PROFESIONALES, ASÍ COMO EN EL DOMICILIO DE LOS PACIENTES; Y LOS CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO, TALES COMO ESTERILIZACIÓN Y LA TERMINACIÓN DE EMBARAZO, SIN INTERNACIÓN

CODIGO DE ACTIVIDAD: 2862102
CLASE DE RIESGO: 2 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 1.044%

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Su pago lo debe realizar con riesgo 2 (1.044 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:
C441604762425039907

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 06/09/2024 11.05 AM

III. INFORMACION FINANCIERA				
No. CDP: 62400635	**FECHA EXP**	23/07/2024	**VALOR**	CIENTO CINCUENTA Y SIETE MILLONES DE PESOS(157.000.000)
No. RP: 092402156	**FECHA EXP**	05/09/2024	**VALOR**	CATROCE MILLONES SEIS SIENTO SESENTA MIL PESOS (14.660.000)
VALOR EJECUTADO Y PAGADO	**12.000.000**		**SALDO POR EJECUTAR - PAGO ANTICIPADO**	2.660.000
DIAS /MESES EJECUTADOS	**3 MESES**		**DIAS/MES POR EJECUTAR - PAGO ANTICIPADO**	20 DIAS

IV. AFILIACION ARL			
ADMINISTRADORA DE RIEGOS LABORALES:	SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A		
FECHA EXP: 06/09/2024 **No.**	**COBERTURA**	**FECHA**	**PLAZO AFILIACION**
	FECHA DE INICIO	09/09/2024	3 meses y 20 días
	FECHA FINAL	29/12/2024	

V. COMPROMISOS

1. EL (LA) CONTRATISTA, se compromete a ejecutar los veinte (20) días faltantes del mes de diciembre comprendidos del día 09-12-2024 al 29-12-2024, reconocidos y pagados anticipadamente mediante cuenta de cobro a presentar de fecha 05 diciembre de 2024, por un valor de $ 2.660.000.
2. El contratista deberá realizar el informe de gestión al término del mes y/o días ejecutados dejando constancia de las actividades realizadas de acuerdo al objeto contrato
3. El supervisor del contrato deberá emitir el informe de supervisión de los días y/o mes ejecutado
4. El supervisor del contrato deberá informar por escrito si existe incumplimiento por parte del contratista del compromiso asumido, el cual dará inicio para adelantar las acciones pertinentes que haya a lugar

En constancia de lo anterior se firma el presente documento entre las partes, de común acuerdo el día, 5 de diciembre de 2024.

EDISON BARRERA REYES
Secretario Local de Salud

ANGELA ROSA TORRES ALFARO
EL (LA) CONTRATISTA

Revisado: Coord. Prepuesto _____
Revisado: Rad Cuenta _____