


INFORME DE ACTIVIDADES E INTERVENTORIA

1. DENOMINACIÓN DEL CONTRATO		INFORME No. 05									
Contrato N°		SS-CD-2024-179									
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		AMALFY PAHOLA HAMBURGER MENDOZA									
Identificación del contratista		C.C. N° 1.050.036.988									
Objeto del contrato		PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES CONTEMPLADAS EN LA DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES DEL PLAN DE ACCIÓN EN SALUD VIGENCIA 2024 DEL MUNICIPIO DE SOLEDAD – ATLÁNTICO									
Plazo		SEIS (6) MESES									
Número de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)		062400401	Fecha del C.D.P 09/05/2024								
Número de Registro Presupuestal (R.P.)		092401114	Fecha del R.P 16/05/2024								
Valor del contrato		<table border="1"> <tr> <td>Contrato Inicial</td> <td>\$ 30.000.000</td> </tr> <tr> <td>Adición 1</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>Adición 2</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>\$ 30.000.000</td> </tr> </table>		Contrato Inicial	\$ 30.000.000	Adición 1	\$	Adición 2	\$	Total	\$ 30.000.000
Contrato Inicial	\$ 30.000.000										
Adición 1	\$										
Adición 2	\$										
Total	\$ 30.000.000										
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										
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)		\$ 30.000.000	
Adición No. 1		\$	
Valor Total del contrato		\$ 30.000.000	
Porcentaje del Anticipo	\$	\$	
Porcentaje del Pago Anticipado	\$	\$	
Valor Ejecutado del Contrato		\$ 25.000.000	
Valor por ejecutar		\$ 5.000.000	
Valor a pagar en el presente Informe		\$ 5.000.000	
No. Factura o Cuenta de Cobro		05	
5. ACREDITACION PAGOS APORTES (Persona Natural)	BASE GRAVABLE 40% DEL VALOR DEL CONTRATO		APORTE CORRESPONDIENTE AL MES DE
Salud	12.5%	\$ 250.000	SEPTIEMBRE DE 2024
Pensión	16%	\$ 320.000	SEPTIEMBRE DE 2024
ARL	1.044%	\$ 20.900	SEPTIEMBRE DE 2024
PLANILLA N° 9475085254	FECHA DE PAGO 2024/10/15		OPERADOR: APORTES EN LINEA USUARIO: 1050036988 CONTRASEÑA: 1050036988
6. CERTIFICA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRATADO			



ACTIVIDAD RELACIONADA SEGÚN EL PAS	Producto
Realizar seguimiento a las 11 IPS y 12 EAPB que llevan el programa de crónicos, con el fin de verificar la aplicación de las guías de atención de enfermedades crónicas no transmisibles, en cuanto a los programas de promoción y prevención en EPOC, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial e Insuficiencia Renal Crónica	Actas de visitas realizadas a las 11 IPS y 12 EAPB que describen el seguimiento del programa de crónicos, a través de la verificación consistente en la aplicación de las guías de atención de enfermedades crónicas no transmisibles, en cuanto a los programas de promoción y prevención en EPOC, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial e Insuficiencia Renal Crónica.
<p>Los soportes documentales (en los casos que aplique) del desarrollo de las actividades antes mencionadas son los siguientes:</p> <p>1 N/A 2 N/A 3 N/A</p>	
<p>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.</p>	
7. PERIODO DE CERTIFICACIÓN	17 de septiembre al 16 de octubre de 2024
INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO	
EDISON BARRERA REYES	<p style="text-align: center;">AMALFY HAMBURGER MENDOZA</p> <p style="font-size: 2em; font-family: cursive;">Amalfi Hamburger M.</p>
Teléfono:	311-4074797
Dirección:	Calle 41 N° 17-27, barrio La Ilusión Soledad Atlántico
Fecha del Informe	28 de noviembre de 2024



EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

