



INFORMES DE ACTIVIDADES E INTERVENTORIA

1. DENOMINACION DEL CONTRATO	INFORME No.	03									
Contrato N°	SS-CD-2024-234										
Nombre del Supervisor	SINDY VANESSA MEJIA										
2. DE LA ETAPA CONTRACTUAL											
Tipo de contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION Y/O SERVICIOS PROFESIONALES		Otro:								
Nombre del contratista	LINA ALEXANDRA MEDINA TORRES										
Identificación del contratista	C.C. N° 40.043.330 de Tunja										
Objeto del contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES CONTEMPLADAS EN EL PLAN DE ACCIÓN EN SALUD VIGENCIA 2024 DEL MUNICIPIO DE SOLEDAD – ATLÁNTICO.										
Plazo	CUATRO (4) MESES Y VEINTE (20) DÍAS										
Numero de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	062400603	Fecha del C.D.P	18/07/2024								
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	092401996	Fecha del R.P	09/08/2024								
Valor del contrato	<table border="1"> <tr> <td>Contrato Inicial</td> <td>\$ 19.950.000</td> </tr> <tr> <td>Adición 1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Adición 2</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>\$ 19.950.000</td> </tr> </table>			Contrato Inicial	\$ 19.950.000	Adición 1		Adición 2	\$	Total	\$ 19.950.000
Contrato Inicial	\$ 19.950.000										
Adición 1											
Adición 2	\$										
Total	\$ 19.950.000										
3. GARANTIAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA (las solicitadas en el contrato):											
Amparos	Aseguradora	No de Póliza	Vigencia								
			<table border="1"> <tr> <td>Desde</td> <td>Hasta</td> </tr> <tr> <td>(dd-MM-yyyy)</td> <td>(dd-MM-yyyy)</td> </tr> </table>	Desde	Hasta	(dd-MM-yyyy)	(dd-MM-yyyy)				
Desde	Hasta										
(dd-MM-yyyy)	(dd-MM-yyyy)										

SECRETARIA DE SALUD


**ALCALDÍA
SOLEDAD**

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			

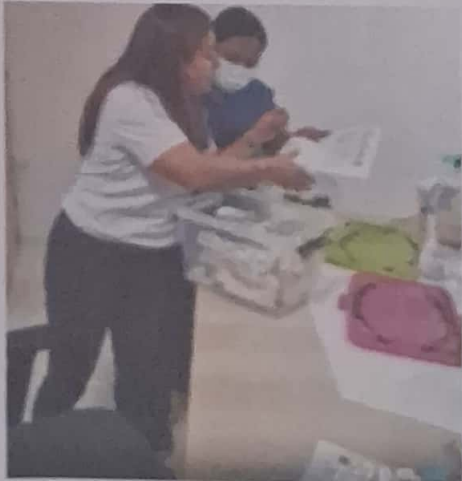
4. EJECUCION DEL CONTRATO

Descripción		Valor
Valor del Contrato Inicial (IVA incluido)		\$ 19.950.000 ✓
Adición No. 1		\$
Valor Total del contrato		\$ 19.950.000 ✓
Porcentaje del Anticipo	\$	\$
Porcentaje del Pago 0 anticipado	\$	\$
Valor Ejecutado del Contrato		\$ 12.825.000 ✓
Valor por ejecutar		\$ 7.125.000 ✓
Valor a pagar en el presente Informe		\$ 4.275.000 ✓
No. Factura o Cuenta de Cobro		03 ✓

5. ACREDITACION PAGOS APORTES (Persona Natural)	BASE GRAVABLE 40% DEL VALOR DEL CONTRATO		APORTE CORRESPONDIENTE AL MES DE
Salud	12.5%	\$ 213.800 ✓	Octubre DE 2024 ✓
Pensión	16%	\$ 273.600 ✓	Octubre DE 2024 ✓
ARL	1.044%	\$ 17.900 ✓	Octubre DE 2024 ✓
PLANILLA N° 31563160 ✓	FECHA DE PAGO 2024-11-12 ✓		OPERADOR ASOPAGOS USUARIO 40043330 CONTRASEÑA Nicolas0903@2

6. CERTIFICA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRATADO



ACTIVIDAD RELACIONADA SEGÚN EL PAS	Producto
Realizar el seguimiento trimestral a la ejecución de los modelos de servicios amigables para la atención en SRR de adolescentes y jóvenes en la ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL SEDE MANUELA BELTRAN	Realice el seguimiento trimestral a la ejecución de los modelos de servicios amigables para la atención en SRR de adolescentes y jóvenes en el ESE hospital materno infantil 13 de junio por medio de charlas y sensibilización a jóvenes sobre la prevención del embarazo en adolescentes en la institución educativa INEM-Soledad. (martes 30 de octubre-semana de la juventud)  Realice IVC sobre la verificación de los kits de violencia sexual en el ESE hospital materno infantil 13 de junio, así mismo c se realiza charla con la psicóloga y la trabajadora social sobre la importancia de la promoción y prevención en embarazo en adolescentes, líneas de atención sobre violencia sexual. (Viernes 25 de octubre) 



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 octubre al 12 de noviembre de 2024

INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO

SINDY MEJIA DIAZ

LINA ALEXANDRA MEDINA
TORRES

VoBo

YENIFFER TORREGROSA

Teléfono:

3012858786

Dirección:

Calle 41 N° 17-27 Soledad-Atlántico.

Fecha del Informe

18 de noviembre de 2024