



INFORMES DE ACTIVIDADES E INTERVENTORIA

1. DENOMINACION DEL CONTRATO	INFORME No.	04 ✓✓	
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 GESTIÓN 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	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
			Desde (dd-MM-yyyy)

SECRETARIA DE SALUD



**ALCALDÍA de
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 0anticipado	\$	\$
Valor Ejecutado del Contrato		\$ 17.100.000 ✓
Valor por ejecutar		\$ 2.850.000 ✓
Valor a pagar en el presente Informe		\$ 4.275.000 ✓
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
	Salud	12.5% \$ 213.800 ✓	Noviembre DE 2024 ✓
	Pensión	16% \$ 273.600 ✓	Noviembre DE 2024 ✓
	ARL	1.044% \$ 17.900 ✓	Noviembre DE 2024 ✓
PLANILLA N° 31756565 ✓	FECHA DE PAGO: 2024-12-02 ✓	OPERADOR ASOPAGOS USUARIO 40043330 CONTRASEÑA Nicolas0903@	

6. CERTIFICA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRATADO

6



ACTIVIDAD RELACIONADA SEGÚN EL PAS	Producto
<p>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</p>	<p>Realice el seguimiento trimestral a la ejecución de los modelos de servicios amigables para la atención en SRR de adolescentes y jóvenes en apoyo de la ESE hospital materno infantil 13 de junio a través de la socialización del violentómetro y charlas sobre la prevención de la violencia contra la mujer a la comunidad de Villa Selene (sábado 23 de noviembre)</p> <div data-bbox="873 709 1214 1220" data-label="Image"> </div> <p data-bbox="1295 1024 1393 1117"><i>Muy unis</i></p> <p>Realice IVC sobre la verificación al cumplimiento de la ruta y protocolo 0059 atención y seguimiento a los casos de violencia sexual en niñas, niños, jóvenes y adolescentes reportados y notificados al SIVIGILA durante el cuarto trimestre del año en curso (viernes 22 de noviembre)</p> <div data-bbox="750 1446 1382 1824" data-label="Image"> </div>



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 noviembre al 12 de diciembre 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	4 de diciembre ✓		



**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, **LINA ALEXANDRA MEDINA TORRES**, identificado con cédula de ciudadanía No **40.043.330** expedida en la ciudad de Tunja, 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-2024-234**, el cual se describe más 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 del 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-2024-234 ✓✓		
OBJETO:	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 DEL CONTRATO:	(\$19.950.000) DIECINUEVE MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/L ✓✓	PLAZO:	4 meses Y 20 días ✓
SUPERVISOR:	SINDY VANESSA MEJIA DIAZ ✓✓	CARGO:	JEFE SALUD PÚBLICA ✓✓
FECHA DE INICIO:	13/08/2024 ✓✓	FECHA FINAL:	30/12/2024 ✓✓

10

III. INFORMACION FINANCIERA				
No. CDP: 062400603	FECHA EXP	18/07/2024	VALOR	\$1.238.500.000
No. RP: 092401996	FECHA EXP	09/08/2024	VALOR	\$19.950.000
VALOR EJECUTADO Y PAGADO	\$12.825.000	SALDO POR EJECUTAR - PAGO ANTICIPADO	\$7.125.000	
DIAS /MESES EJECUTADOS	3 MESES	DIAS/MES POR EJECUTAR - PAGO ANTICIPADO	1 MES / 20 DIAS	
IV. AFILIACION ARL				
ADMINISTRADORA DE RIEGOS LABORALES:	SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A			
FECHA EXP: 12/08/2024 No.	COBERTURA		FECHA	PLAZO AFILIACION
	FECHA DE INICIO		13/08/2024	(04) meses y 20 días
	FECHA FINAL		30/12/2024	
V. COMPROMISOS				
<ol style="list-style-type: none"> 1. EL (LA) CONTRATISTA, se compromete a ejecutar los (doce) 12 días faltantes del mes de diciembre comprendidos del día 01/12/2024 al 12/12/2024, reconocidos y pagados anticipadamente mediante cuenta de cobro a presentar de fecha 04/12/2024 por un valor de \$4.275.000 (cuatro millones doscientos setenta y cinco mil pesos). 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, 04 de diciembre de 2024.

EDISON BARRERA REYES
Secretario Local de Salud

LINA ALEXANDRA MEDINA TORRES
EL (LA) CONTRATISTA

Sindy Mejia Mejia
SINDY MEJIA
Jefe de Salud Pública
Supervisora

Revisado: Coord. Presupuesto _____
Revisado: Rad Cuenta _____

11

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Calle 41 No 17 - 27 Barrio La Ilusión
Soledad, Colombia

TELÉFONO (+5) 328 2445 | secretariadesalud@soledad-atlantico.gov.co

www.soledadcolombiana.gov.co