INFORMES DE ACTIVIDADES E INTERVENTORIA

1. DENOMINACION DEL CONTRATO	INFORME No.	03	
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		$ 2.660.000
Valor a pagar en el presente Informe		$ 4.000.000
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 NOVIEMBRE
Salud	12.5%	$ 326.500	Noviembre 2024
Pensión	16%	$ 418.000	Noviembre 2024
ARL	1.044%	$ 27.300	Noviembre 2024

PLANILLA N° 7946082761	FECHA DE PAGO 2024/11/08	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 instrumento 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.

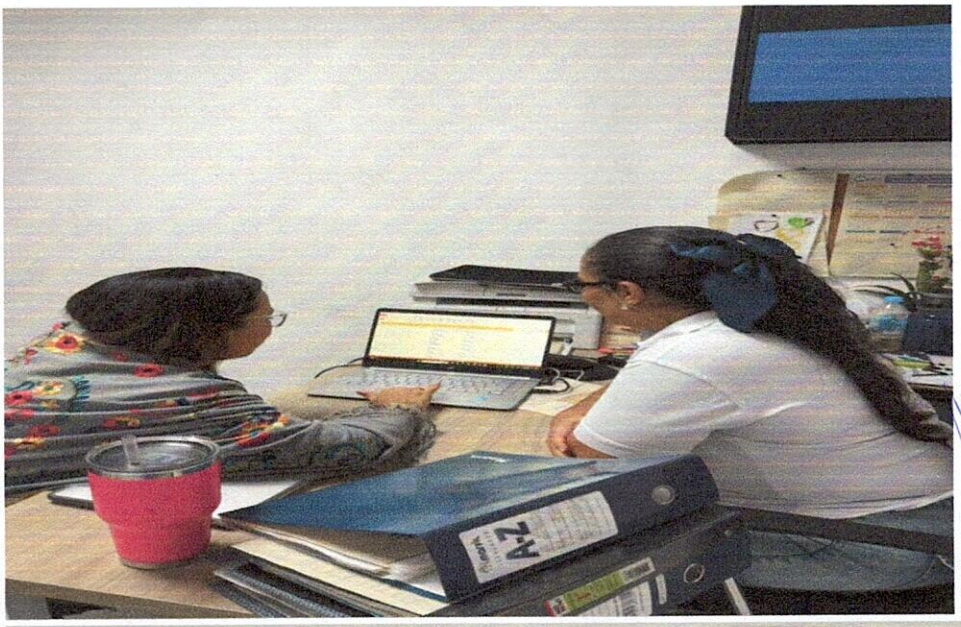
Los soportes documentales (en los casos que aplique) del desarrollo de las actividades antes mencionadas son los siguientes:
1 N/A
2 N/A
3 N/A

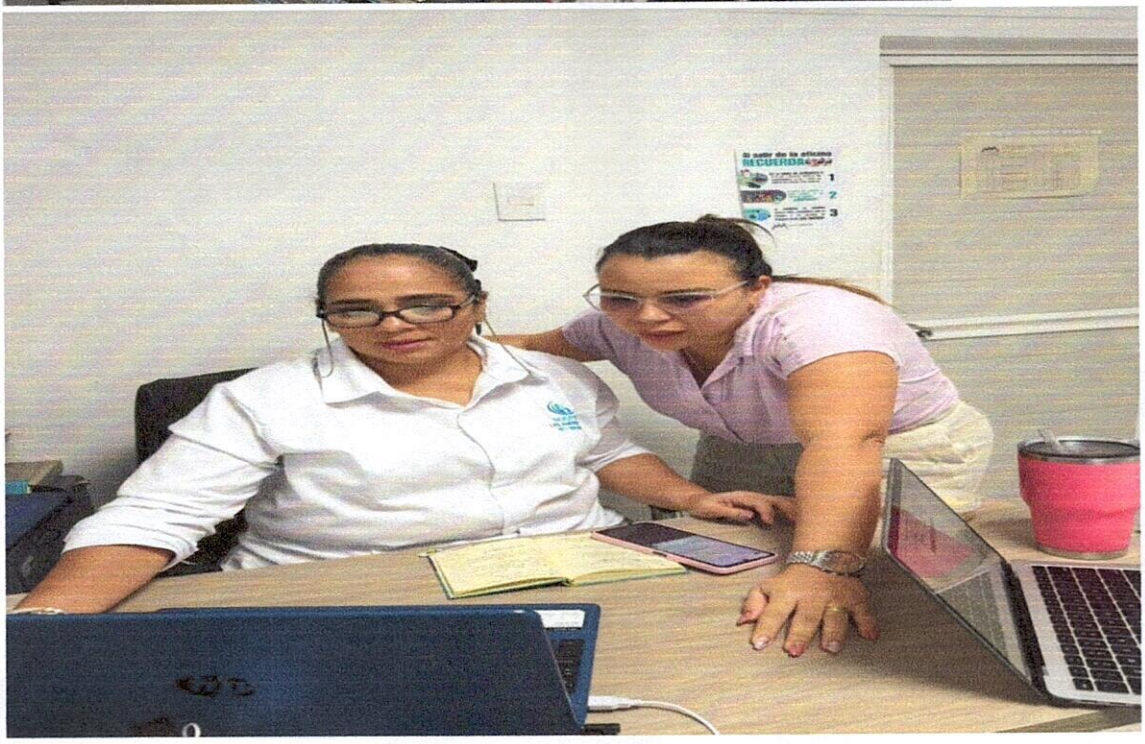
Con el presente Informe certifico que los datos suministrados en este documento los he verificado personalmente, por lo que ratifico el cumplimiento del objeto contratado, como también dejo constancia que el pago de los impuestos y de la seguridad social corresponde a las normas vigentes, y el informe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

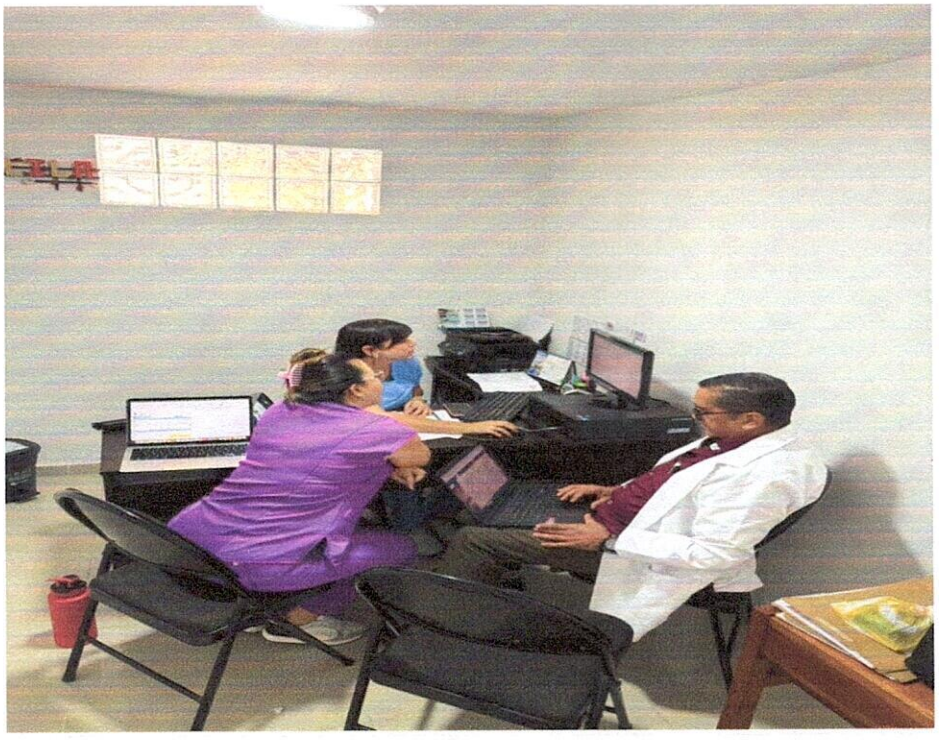
7. PERIODO DE CERTIFICACIÓN	Del 9 de noviembre al 8 de diciembre del 2024

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 del 2024		


A-Z


RECUERDA



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:	7946082761	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/11/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1037081907		

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

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 facilitadoras de la act
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:		7946082761	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES noviembre	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/11/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1037081907

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 416.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 416.000	$ 0	$ 416.000
SUBTOTALES:										**$ 416.000**	**$ 0**	**$ 416.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 326.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 326.500	$ 0	$ 0	$ 326.500
SUBTOTALES:													**$ 326.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 326.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 27.300	$ 27.300	$ 0	$ 0	$ 27.300	
SUBTOTALES:									**$ 27.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 27.300**	

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP							CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	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
1	CC 22656563	TORRES ALFARO ANGELA ROSA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.612.000				NO																	231001-COLFONDOS	30	$ 2.612.000	$ 416.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 416.000	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**

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	**$ 8.000.000**		**SALDO POR EJECUTAR - PAGO ANTICIPADO**	$ 4.660.000
DIAS /MESES EJECUTADOS	**2 MESES**		**DIAS/MES POR EJECUTAR - PAGO ANTICIPADO**	1 MES Y 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 ocho (08) días faltantes del mes de diciembre comprendidos del día 01-12-2024 al 08-12-2024, reconocidos y pagados anticipadamente mediante cuenta de cobro a presentar de fecha 05 diciembre de 2024, por un valor de $ 4.000.000.
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 _____