



INFORMES DE ACTIVIDADES E INTERVENTORIA

1. DENOMINACION DEL CONTRATO	INFORME No.	01									
Contrato N°	SS-CD-2024-314										
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	CINDY ISABEL BACA DONADO										
Identificación del contratista	CC. N°1.042.422.303 de Soledad.										
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	TRES (3) MESES										
Numero de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	062400782	Fecha del C.D.P	27/08/2024								
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	092402209	Fecha del R.P	17/09/2024								
Valor del contrato	<table border="1"> <tr> <td>Contrato Inicial</td> <td>\$12.000.000</td> </tr> <tr> <td>Adición 1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Adición 2</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>\$12.000.000</td> </tr> </table>			Contrato Inicial	\$12.000.000	Adición 1		Adición 2	\$	Total	\$12.000.000
Contrato Inicial	\$12.000.000										
Adición 1											
Adición 2	\$										
Total	\$12.000.000										
3. GARANTIAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA (las solicitadas en el contrato):											
Amparos	Asegura dora	No de Póliza	Vigencia								
			<table border="1"> <tr> <td>Desde (dd-MM-yyyy)</td> <td>Hasta (dd-MM-yyyy)</td> </tr> </table>	Desde (dd-MM-yyyy)	Hasta (dd-MM-yyyy)						
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

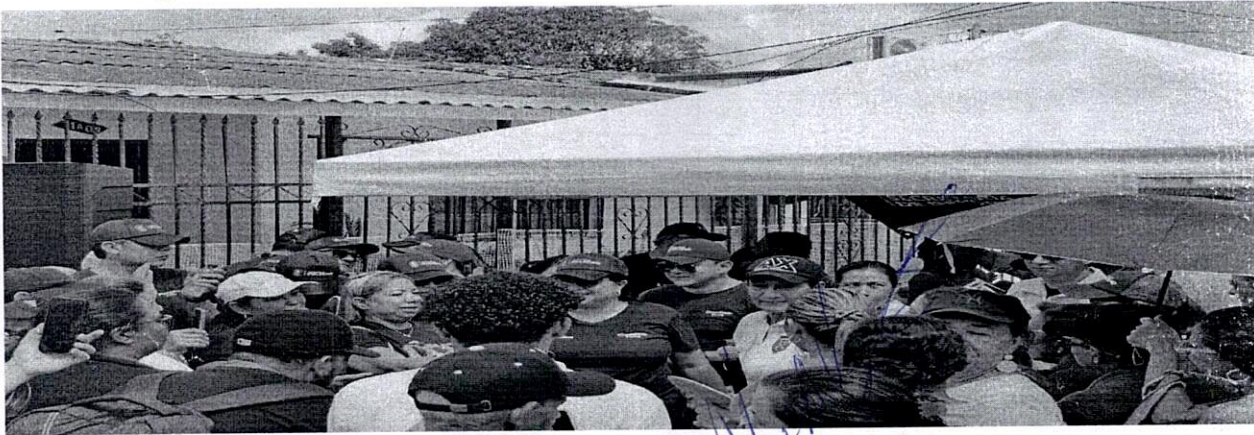
Descripción		Valor
Valor del Contrato Inicial (IVA incluido)		\$12.000.000
Adición No. 1		\$
Valor Total del contrato		\$12.000.000
Porcentaje del Anticipo	\$	\$
Porcentaje del Pago 0anticipado	\$	\$
Valor Ejecutado del Contrato		\$ 4.000.000 ✓
Valor por ejecutar		\$8.000.000 ✓
Valor a pagar en el presente Informe		\$ 4.000.000 ✓
No. Factura o Cuenta de Cobro		01 ✓

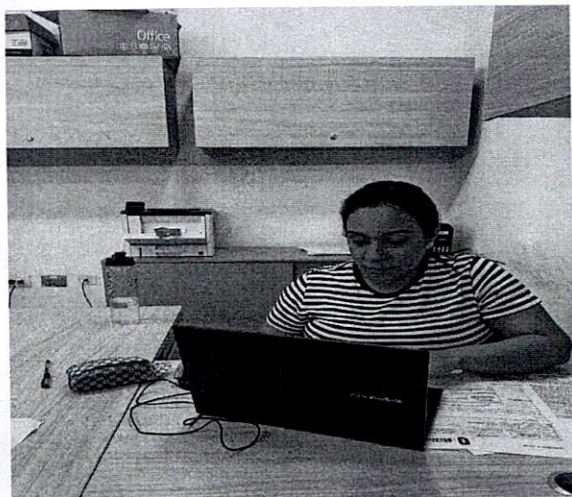
5. ACREDITACION PAGOS APORTES (Persona Natural)	BASE GRAVABLE 40% DEL VALOR DEL CONTRATO		APORTE CORRESPONDIENTE AL MES DE SEPTIEMBRE
Salud SURA	12.5%	\$ 95.300	SEPTIEMBRE DE 2024
Pensión COLFONDOS	16%	\$ 121.900	SEPTIEMBRE DE 2024
ARL SURA	1.044%	\$ 8.000	SEPTIEMBRE DE 2024
PLANILLA N° 4575400098 SEPT	FECHA DE PAGO 30-10-2024		OPERADOR: SOI USUARIO CINDYBACA. CONTRASEÑA: Cindybaca1987*
6. CERTIFICA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRATADO			



ACTIVIDAD RELACIONADA SEGÚN EL PAS	Producto
Realizar los planes de contingencia ante la mitigación de riesgo hospitalario por las visitas de altos dignatarios, eventos masivos, fiestas patronales, entre otros	- Apoyo en la realización de informes y procesos de documentación en la secretaria de salud referente del plan de contingencia para mitigar los riesgos hospitalarios de los diferentes eventos masivos en el municipio de Soledad: Festival de la décima, Festival de la tradición soledaña, Pisando Firme en el periodo del 18 de septiembre a 17 de octubre - Demás actividades asignadas.

Los soportes documentales (en los casos que aplique) del desarrollo de las actividades antes mencionadas son los siguientes:





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 18 DE SEPTIEMBRE DEL 2024 AL 17 DE OCTUBRE DE 2024 ✓		
INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO			
EDISON MANUEL BARRERA REYES		CINDY ISABEL BACA DONADO	<i>Cindy Baca Donado</i>
VoBo	CAROLINE DAZA OSPINO	<i>Carol Daza Ospino</i>	
Teléfono:	3106030918		
Dirección:	Calle 41 N° 17-27 Soledad-Atlántico. ✓		
Fecha del Informe	06 De Noviembre de 2024 ✓		

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1042422303
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	CINDY BACA DONADO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CLL 72 N 75 140	TELÉFONO: 3333333
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	4575400098	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: septiembre	PERIODO COTIZACIÓN MES: septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	AÑO: 2024
DÍAS DE MORA:	28	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/10/30	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9990498183

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

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	\$ 121.900
SUBTOTAL:			1	\$ 121.900
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	\$ 95.300
SUBTOTAL:			1	\$ 95.300
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	\$ 8.000
SUBTOTAL:			1	\$ 8.000

VALOR SIN MORA:	\$ 220.700
VALOR MORA:	\$ 4.500
TOTAL PAGADO:	\$ 225.200