



INFORMES DE ACTIVIDADES E INTERVENTORIA

1. DENOMINACION DEL CONTRATO	INFORME No.	02		
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	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	Aseguradora	No de Póliza	Vigencia	
			Desde (dd-MM-yyyy)	Hasta (dd-MM-yyyy)
Calidad del servicio	N/A			
Cumplimiento	N/A			

SECRETARIA DE SALUD

ALCALDÍA de
SOLEDAD

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		\$ 8.000.000
Valor por ejecutar		\$4.000.000
Valor a pagar en el presente Informe		\$ 4.000.000
No. Factura o Cuenta de Cobro		02

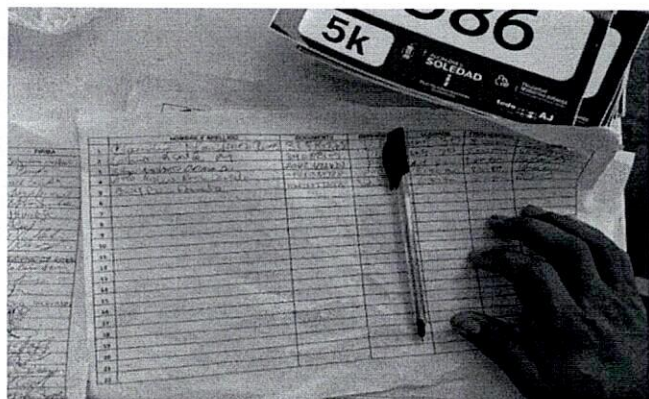
5. ACREDITACION PAGOS APORTES (Persona Natural)	BASE GRAVABLE 40% DEL VALOR DEL CONTRATO		APORTE CORRESPONDIENTE AL MES DE OCTUBRE
Salud SURA	12.5%	\$ 200.000	OCTUBRE DE 2024
Pensión COLFONDOS	16%	\$ 256.000	OCTUBRE DE 2024
ARL SURA	1.044%	\$ 16.800	OCTUBRE DE 2024
PLANILLA N° 4575400365	FECHA DE PAGO 30-10-2024		OPERADOR: SOI USUARIO CINDYBACA CONTRASEÑA: Cindybaka1987*

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: - Acompañamiento en las diferentes actividades de OCTUBRE ROSA en conmemoración del día mundial del cáncer de mama. - Asistencia al comité de eventos afluencia masiva de público realizada el día 15 de noviembre del 2024. - Asistencia en punto 2 en el PMU en la conmemoración del día internacional contra el cambio climático, CICLORUTA realizada el día 17 de noviembre - 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 OCTUBRE DEL 2024 AL 17 DE NOVIEMBRE DE 2024
INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO	
EDISON MANUEL BARRERA REYES	CINDY ISABEL BACA DONADO
VoBo	CAROLINE DAZA OSPINO
Teléfono:	3106030918
Dirección:	Calle 41 N° 17-27 Soledad-Atlántico.
Fecha del Informe	18 De Noviembre de 2024

REGISTRO FOTOGRAFICO





SECRETARÍA DE GOBIERNO

ALCALDÍA
SOLEDAD

PLANILLA DE ASISTENCIA

ASUNTO: COMITÉ DE EVENTOS DE AFLUENCIA MASIVA DE PUBLICO

FECHA: NOVIEMBRE 15 DE 2024

HORA: 10:00 A.M.

NOMBRE COMPLETO	DEPENDENCIA	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
JAVIER VIEITES DE LAS GALAS	PERSONERIA	304 331 9147	abogado.javier.vieites@alcaldia-soledad.gov.co	Javier Vieites
JULIAN CAMILO SOCHA C	SEC DEPORTES	304 6204731	Secretaria de deportes @ Soledad-atlantico.gov.co	Julian Camilo Socha
Paula A. Utreras T.	SEC Hacienda	302 343 8687	Paula.UTRERAS@soledad.gov.co	Paula A. Utreras
Ricardo Boccardo	Tránsito	3103577223	RicardoBoccardo@hotmail.com	Ricardo Boccardo
Jairo Utrera	Tránsito	300 8005657	jefeplaneacion@trnsil	Jairo Utrera
Mx. David Andrés Amador B.	PONAL	3012086037	Misaelpe@soledad.gov.co	David Andrés Amador
Prudys Bova Donado	Salud	3016791600	Caroline_donado@hotmail.com	Prudys Bova Donado
EDUARDO VIRETE G.	SEC GOBIERNO	3006368691	bovirete@hotmail.com	Eduardo Virete
Heidi Manga S.	EDUMAS	3006769521	Subgerencia@edumassociedad.gov.co	Heidi Manga
ALEXANDRA RAMOS ROMERO	CULTURA	3104383413	alexandra.ramos@soledad.gov.co	Alexandra Ramos
Alexander Harting	C.B. U.S.A	8163133367	alexander.harting@yahoo.es	Alexander Harting

ALCALDIA MUNICIPAL DE SOLEDAD
Calle 41 # 17-27 Barrio la Ilusión.
Soledad, Colombia.

www.soledad-atlantico.gov.co

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:	4575400365	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: octubre	PERIODO COTIZACIÓN
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD: AÑO: 2024
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/10/30	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9990498191

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

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	\$ 256.000
SUBTOTAL:			1	\$ 256.000
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	\$ 200.000
SUBTOTAL:			1	\$ 200.000
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	\$ 16.800
SUBTOTAL:			1	\$ 16.800

VALOR SIN MORA:	\$ 472.800
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 472.800