



INFORMES DE ACTIVIDADES E INTERVENTORIA

1. DENOMINACION DEL CONTRATO	INFORME No. 03										
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	Aseguradora	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		\$ 12.000.000
Valor por ejecutar		\$ 0
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 - DICIEMBRE
Salud SURA	12.5%	\$ 200.000 – 120.000	NOVIEMBRE- DICIEMBRE DE 2024
Pensión COLFONDOS	16%	\$ 256.200 – 153.600	NOVIEMBRE- DICIEMBRE DE 2024
ARL SURA	1.044%	\$ 16.900 –10.100	NOVIEMBRE- DICIEMBRE E DE 2024
PLANILLA N° 9478501671 PLANILLA N° 9478503776	FECHA DE PAGO 04-12-2024 04-12-2024		OPERADOR: APORTES EN LINEA USUARIO cindybaca CONTRASEÑA: Hugo1987/

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: - Asistencia y apoyo en el pisando firma día 22 de noviembre del 2024 - Asistència al comité de eventos afluència masiva de público realizada el día 21 de noviembre del 2024. - Asistencia comité de eventos afluència masiva de publico realizada el día 27 de noviembre del 2024. - Asistencia comité de eventos afluència masiva de publico realizada el día 04 de Diciembre del 2024 - Demás actividades asignadas. - Realizare los planes de contingencia ante la mitigación de riesgo hospitalario por las visitas de altos dignatarios, eventos masivos, fiestas patronales, entre otros.	
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 NOVIEMBRE DEL 2024 AL 17 DE DICIEMBRE 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	04 De Diciembre de 2024		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	No
CC 1042422303		BACA DONADO CINDY ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 25 # 35 - 107	SOLEDAD-ATLANTICO	3605690		
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Salud	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Dias Mora	Valor	
2024-12	2024-12	1100583661	9479503776	I	2025/01/03	2024/12/04	0	\$283,700	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES									
EMPLEADO				PENSION			SALUD		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC
1	CC 1042422303	BACA DONADO CINDY ISABEL	231001	18	\$960,000	\$153,600	EPS010	18	\$960,000
Total Afiliados(1)					\$960,000	\$153,600			

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$153,600	\$0	\$0	\$153,600	
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$153,600	\$0	\$0	\$153,600	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$10,100	\$0	\$0	\$10,100	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$10,100	\$0	\$0	\$10,100	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$120,000	\$0	\$0	\$120,000	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$120,000	\$0	\$0	\$120,000	
TOTAL					\$283,700	\$0	\$0	\$283,700	

SECRETARIA DE SALUD



ALCALDÍA de
SOLEDAD

SECRETARÍA DE GOBIERNO

ALCALDÍA de
SOLEDAD

PLANILLA DE ASISTENCIA

ASUNTO: COMITÉ DE EVENTOS DE AFLUENCIA MASIVA DE PÚBLICO

FECHA: DICIEMBRE 4 2024

HORA: 10:30 A.M.

NOMBRE COMPLETO	DEPENDENCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
WILSON CARLOS SOCHA	SECRETARÍA DE GOBIERNO	304224731	socha.carlos@soledad.gov.co	[Firma]
ALEXANDER RAMIRO BARRERA	SECRETARÍA DE CULTURA	304382413	barra.alexander@soledad.gov.co	[Firma]
RICARDO GONZALEZ	SECRETARÍA DE SALUD	302577227	gonzalez.ricardo@soledad.gov.co	[Firma]
JOSE A. AMARAL	SECRETARÍA DE SALUD	302577227	amaral.jose@soledad.gov.co	[Firma]

SECRETARÍA DE GOBIERNO

ALCALDÍA de
SOLEDAD

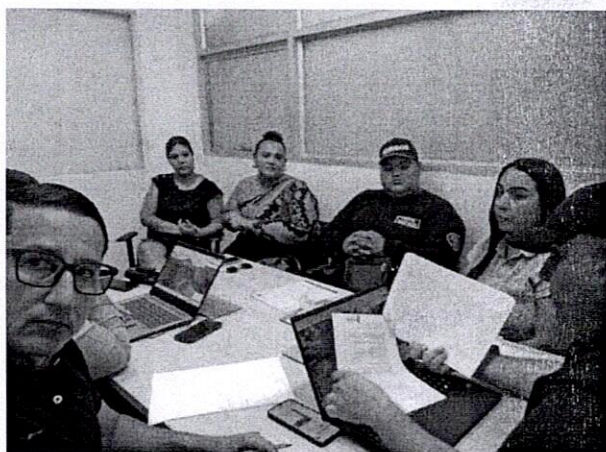
PLANILLA DE ASISTENCIA

ASUNTO: COMITÉ DE EVENTOS DE AFLUENCIA MASIVA DE PÚBLICO

FECHA: NOVIEMBRE 27 2024

HORA: 02:00 P.M.

NOMBRE COMPLETO	DEPENDENCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
JOSE CARLOS SOCHA	SECRETARÍA DE GOBIERNO	304224731	socha.carlos@soledad.gov.co	[Firma]
KEVIN FELIX BARRERA	SECRETARÍA DE CULTURA	304382413	barra.kevin@soledad.gov.co	[Firma]
ALEXANDER RAMIRO BARRERA	SECRETARÍA DE CULTURA	304382413	barra.alexander@soledad.gov.co	[Firma]
RICARDO GONZALEZ	SECRETARÍA DE SALUD	302577227	gonzalez.ricardo@soledad.gov.co	[Firma]
JOSE A. AMARAL	SECRETARÍA DE SALUD	302577227	amaral.jose@soledad.gov.co	[Firma]

[illegible]

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 104242303		BACA DONADO CINDY ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 25 # 35 - 107	SOLEDAD-ATLANTICO	3605690	No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES									
Periodo	Salud	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Dias Mora	Valor	
2024-11	1100557867	9478501671	1	1	2024/12/03	2024/12/04	1	\$473,300	

RIESGOS									
CCF					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBCF	Dias	Aporte	IBCF	Aporte
1	CC 104242303	BACA DONADO CINDY ISABEL	231001	30	\$1,600,000	0	\$0	\$1,600,000	\$0
Total					\$1,600,000		\$0	\$1,600,000	\$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO				SALDOS E INCAPACIDADES			VALOR A PAGAR
CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)			1	\$256,000	\$200	\$0	\$256,200
COLFONDOS	231001	6	1	\$256,000	\$200	\$0	\$256,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)			1	\$16,800	\$100	\$0	\$16,900
ARL SURA	14-11	5	1	\$16,800	\$100	\$0	\$16,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)			1	\$200,000	\$200	\$0	\$200,200
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	2	1	\$200,000	\$200	\$0	\$200,200
TOTAL			1	\$472,800	\$500	\$0	\$473,300