BBVA
Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

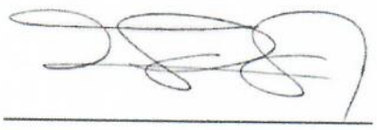
Que nuestro(a) cliente **LUIS EDUARDO MEDINA ARREDONDO,** identificado(a) con **cédula de ciudadanía número 84.089.836** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 758411672** aperturada el **05 de junio del 2017,** cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **10** días del mes de **febrero** del año **2022.**

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar lassiguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0758411672**
Cuenta de 16 dígitos: **0758000200411672**
Cuenta de 20 dígitos: **00130758000200411672**

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **84.089.836**

MEDINA ARREDONDO

APELLIDOS

LUIS EDUARDO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-OCT-1981**

RIOHACHA
(LA GUAJIRA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.85 ESTATURA

B+ G.S. RH

M SEXO

21-DIC-1999 RIOHACHA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-4801600-00871281-M-0084089836-20161214 **00526**17002A 1 8004150281

CUENTA DE COBRO

SECRETARIA DE SALUD DE LA GUAJIRA

NIT 892115015-1

DEBE A:

NOMBRE: **LUIS EDUARDO MEDINA ARREDONDO**

IDENTIFICACIÓN: CC **X** NIT ____ No. **84089836** DE **RIOHACHA**

LA SUMA DE: **($ 4.000.000)CUANTRO MILLONES PESOS M/CTE**

POR CONCEPTO DE: **Pago de prestaciòn de servicios**

Contrato No.: 042 de 2023

DESEMBOLSO No.: **6 (SEXTO PAGO)**

OBJETO: **PRESTACION DE SERVICIO COMO PREFECIONAL DE APOYO A LA GESTION DEL COMPONENTE DE SISTEMA DE INFORMACION DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION DEL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: **MES DE JULIO 2023**

FECHA: **MES DE JULIO 2023**

DIRECCION: **CALLE 16 N° 7 - 53 CASA 201**

CIUDAD: **Riohacha**

TELEFONO: **3014265761**

FIRMA

Unidos por el Cambio	**PROCESO**			**Código**	
	Formato	**Certificación pago parcial**		**Versión**	**1**
(1) Contrato No.	**42**	DE	**2023**		
(2) Nombre del contratista y/o representante legal:			**LUIS EDUARDO MEDINA ARREDONDO**		
(3) Dirección:	CALLE 16 N° 7 - 53 CASA 201		(4) Teléfono:	3014265761,00	
(5) Cédula y/o NIT:	84.089.836		(6) Correo electrónico:	lema28108@hotmail.com	
(7) Nombre (s) del supervisor (es) y/o interventores (es):			**TEOLINDA FAJARDO EPIEYU**		
(8) Dependencia:	DIRECCION TECNICA DE SEGURIDAD SOCIAL		(9) No. Extensión o teléfono:		3015573277
(10) Objeto:	PRESTACION DE SERVICIO COMO PREFECIONAL DE APOYO A LA GESTION DEL COMPONENTE DE SISTEMA DE INFORMACION DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION DEL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.				
(11) Plazo de ejecución:	7 meses				
(12) Fecha de inicio:	17 DE FEBRERO 2023		(13) Fecha terminación:	18 DE SEPTIEMBRE 2023	
(14) Valor inicial del contrato: $	$ 28.000.000				
(15) Valor pagos (mensual o como se haya pactado): $	$ 4.000.000				
(16) Valor desplazamientos: $					
(17) Adición ($):					
(18) Prórroga (tiempo)					
(19) Suspensión					
(20) Cesión:					
(21) Concepto del pago:	Sexto Pago (Julio 2023)				

Aspecto económico

(22) Valor total contrato (inicial+adición) (vigencia) $	(23) Valor pagado (vigencia) $	(24) Valor a pagar (vigencia) $	(25) Saldo liberado (vigencia) $	(26) Saldo por pagar (vigencia) $
$ 28.000.000	$17.600.000	$4.000.000	$ 0	$ 6.400.000

Pago aportes salud - pensiones - parafiscales

(27) Salud valor aporte: $	$ 250.000	(28) Pensión valor aporte:	$ 320.000
(29) ARL: $	$ 48.800		
(30) Planilla de pago No.	4505798981	Fecha	18 de julio de 2023
(32) Certificación parafiscales de fecha:			

(33) **Concepto supervisor (es) y/o interventor (es)**

Elcontratista,**LUIS EDUARDO MEDINA ARREDONDO** cumplió con las obligaciones contraídas en el contrato No. **042** presentando el respectivo informe de actividades desarrolladas, productos y demás obligaciones pactadas en el contrato y en el período señalado en el concepto del pago, correspondiente al contrato principal.

De conformidad con las disposiciones legales efectuó el pago a los aportes respectivos al sistema de seguridad social integral en salud y pensiones y/o aportes parafiscales. (Se anexan comprobantes de pago de los aportes).

El contratista cumplió con el requisito de remision de copia del examen preocupacional a la Dirección administrativa del Talento Humano del Departamento

Por lo anterior, se debe pagar a el/la contratista la suma de **CUATRO MILLONES ($4.000.000) M/L**

(34) **Observaciones:**

(35) **Firma responsables:**

TEOLINDA FAJARDO EPIEYU
Supervisor

(36) Julio 2023

Secretaria de Salud Departamental	PROCESO	GESTIÓN DE SALUD PÚBLICA	Código	GG-PMGS-028
Unidos por el Cambio	Formato	INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN Certificación parcial de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción	Versión	02

Contrato No.	042 DE 2023		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	LUIS EDUARDO MEDINA ARREDONDO		
Nombre del supervisor y/o interventor	TEOLINDA FAJARDO EPIEYU	**Teléfono / Extensión**	3015573277
Dependencia	SALUD PUBLICA		
Objeto del contrato	**PRESTACION DE SERVICIO COMO PREFECIONAL DE APOYO A LA GESTION DEL COMPONENTE DE SISTEMA DE INFORMACION DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION DEL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**		
Fecha de inicio	17 DE FEBRERO DE 2023	**Fecha de terminación**	18 DE SEPTIEMBRE 2023
Período objeto del informe:	**JULIO DE 2023**		

INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN				
Obligación contractual		Actividad desarrollada	Producto recibido	Observaciones o comentarios del Contratista
1.	Precentar un plan de trabajo y cronograma de actividades para el cumplimiento de las obligaciones, el cual deberá ser corcertado y aprobado por el supervisor del contrato, que incluya las estrategias y actividades requeridas, acorde con las necesidades especificas conforme al objeto contratual.	Análisis de las obligaciones específicas para la definición de actividades a programar para su cumplimiento. Elaboración de Plan de Trabajo y Cronograma.	Instrumento de plan de trabajo y cronograma Diseñado. Plan de trabajo y cronograma.	100%
2.	Revisar las situaciones particulares de problemas de acceso e implementar estrategias que permitan garantizar la digitación de la información de las IPS vacunadoras en todo los Municipios del Departamento.	Se recibieron inquietudes sobre el funcionamiento del paiweb y se resolvieron de manera oportuna.	Formatos corregidos en la asistencia técnica, correos con instrucciones detalladas sobre las mejoras en la asistencia	100%
3.	Garantizar atravez del sistema los resultados mensuales de dosis aplicadas y coberturas existentes en su población por cada uno de los biológicos trazadores.	Se generaron las coberturas de Junio 2023.	Archivo con las coberturas y dosis acumuladas para todos los biológicos del programa	100%
4.	Realizar informes y estadísticas relacionadas con el sistema de información y su seguimientos, asi como comparar los datos de la matriz de los consolidados con lo reportado en el PAIWEB 2.0.	Comparación de las coberturas obtenidas a nivel local, con la matriz nacional, constatando las equivalencias entre los datos locales y el nivel nacional	Archivo con las coberturas y dosis acumuladas para todos los biológicos del programa	100%
5.	Garancia soporte técnico al Programa Ampliado en la Inmunizaciones en las acciones de capacitación a los usuarios de los aplicativos desarrollodos y crear usuarios y perfiles.	Se realizaron un total de 50 usuarios, en funciones del sistema de información.	Archivo con lista de usuarios creadas	100%

6.	Revisar los inventarios de biológicos e insumos a nivel municipal y dar alertas a los municipios de las existencia y fechas de vencimiento.	Se revisaron los movimientos de biológicos de los 14 municipios y distrito y se comparó con lo registrado en paiweb, generando la solicitud de las correcciones pertinentes.	Historial de correos y formatos generados por el sistema PAIWEB	100%
7.	Apoyar y participar en los equipos de trabajos y reuniones en las que sea requerido por la supervisión que tengan con el objetivo del contrato.	Se realizaron 6 videoconferencia liderada por Administración Temporal en Coordinación por el Programa Ampliado de Inmunización PAI	Actas	100%
8.	Asistencias técnicas a los municipios en el tema de los sistemas nominal del PAI – PAIWEB.	Se recibieron consultas sobre el funcionamiento del sistema de información y se brindó la guía y capacitación necesarias para resolverlas.	Videos, instructivos, y correos electrónicos donde se brinda capacitación sobre los problemas presentados	100%
9.	Realizar talleres de actualización al talento humano en los municipios frente a la capacitación nominal del PAI – PAIWEB 2.0,	Esta actividad esta sujeta a la programación de reuniones liderada por la secretaria de salud departamental en Coordinación por el Programa Ampliado de Inmunización PAI	Cronograma	100%
10.	Realizar mensualmente las autorizaciones para los cambios de los registros digitados en el PAI WEB, de cada de las IPS Vacunadoras habilitadas en el Departamento.	Se recibieron solicitud de cambio y/o Autorizaciones sobre registro digitados en el PAIWEB que se resolvieron de manera oportuna.	Registros de Control de Cambio en el PAIWEB	100%
11.	Garantizar la continuidad del ingreso de la información, para lo cual debe brindar capacitación e inducción en el manejo del aplicativo al nuevo personal que se vincule al programa.	Se recibieron inquietudes sobre el funcionamiento del paiweb y se resolvieron de manera oportuna.	Formatos corregidos en la asistencia técnica, correos con instrucciones detalladas sobre las mejoras en la asistencia	100%
12.	Garantizar mensualmente back up de la información que genere el PAI.	Se recibieron inquietudes sobre el funcionamiento del paiweb y se resolvieron de manera oportuna.	Formatos corregidos en la asistencia técnica, correos con instrucciones detalladas sobre las mejoras en la asistencia	100%
13.	Desplazarse fuera de la ciudad de Riohacha con ocasión de la ejecución del objeto contractual y en cumplimiento de las obligaciones del contrato, previa coordinación con el interventor asignado.	Se realiza, copia de seguridad de la totalidad de la información en la nube mediante google DRIVE y Disco duro Externo.	Copia de seguridad realizada en la nube en la cuenta informacionpaiguajira@gmail.com	100%
14.	Asistir a reuniones nacionales de asistencia técnica liderada por Ministerio de salud y protección social e INS del Programa Ampliado de Inmunizaciones y Vigilancia de enfermedades inmunoprevenibles.	Esta Actividad esta sujeta al cronograma de actividad que inicia a a partir del mes de febrero de esta vigencia	Actas de visita	100%
15.	Acreditar el cumplimiento al sistema de seguridad social integral.	Se cargaron los documentos necesarios a la plataformas indicadas.	Pantallazos.	100%

Secretaria de Salud Departamental	PROCESO	GESTIÓN DE SALUD PÚBLICA	Código	GG-PMGS-028
Unidos por el Cambio	Formato	**INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN** Certificación parcial de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción	Versión	02

15.	Asistir a reuniones nacionales de asistencia técnica liderada por Ministerio de salud y protección social e INS del Programa Ampliado de Inmunizaciones y Vigilancia de enfermedades inmunoprevenibles.	Esta Actividad esta sujeta al cronograma de actividad que inicia a a partir del mes de febrero de esta vigencia	Actas de visita	100%
16.	Acreditar el cumplimiento al sistema de seguridad social integral.	Se cargaron los documentos necesarios a la plataformas indicadas.	Pantallazos.	100%

Hago constar que durante el periodo reportado se adelantaron las anteriores obligaciones y/o actividades.

Firma del Contratista
Fecha: Julio 2023.

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

De conformidad con el seguimiento a la ejecución del contrato, el supervisor certifica que:

1. El contratista durante el periodo señalado, desarrolló y cumplió las actividades, presentó y entregó los informes, productos y demás obligaciones pactadas en el Contrato en mención (anteriormente presentadas).
2. De conformidad con las disposiciones legales efectuó el pago a los aportes respectivos al sistema de seguridad social integral en salud y pensiones y/o aportes parafiscales. (Se anexan comprobantes de pago de los aportes).
3. Apruebo los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por Elcontratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contraten mención.
4. A la fecha no existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.

OBSERVACIONES

En constancia, firmo:

TEOLINDA FAJARDO EPIEYU
Supervisor(a)

Lugar y Fecha: Riohacha, La Guajira Julio 2023.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	84089836
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LUIS EDUARDO MEDINA ARREDONDO
CIUDAD/MUNICIPIO:	RIOHACHA	DEPARTAMENTO:	GUAJIRA
DIRECCIÓN:	CALLE 16 N° 7 - 53 PROGRESO	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:			4505798981	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	julio AÑO	2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	julio AÑO	2023
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2023/07/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			3071896528

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 320.000	$ 0	$ 320.000
SUBTOTALES:										$ 320.000	$ 0	$ 320.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 250.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 250.000	$ 0	$ 0	$ 250.000
SUBTOTALES:													$ 250.000	$ 0	$ 0	$ 250.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 48.800	$ 48.800	$ 0	$ 0	$ 48.800
SUBTOTALES:									$ 48.800	$ 0	$ 0	$ 48.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

N°	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	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 84089836	MEDINA ARREDONDO LUIS EDUARDO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.000.000				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

N°	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	230301-PORVENIR	30	$ 2.000.000	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 320.000

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD / ARP

N°	SALUD ADMIN	SALUD DIAS COT	SALUD IBC	SALUD COTIZACIÓN	SALUD VALOR ADRES	SALUD TOTAL APORTE	ARP ADMIN	ARP DIAS COT	ARP IBC	ARP CENTRO DE TRABAJO	ARP TOTAL APORTE
1	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 2.000.000	$ 250.000	$ 0	$ 250.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.000.000	84089836	$ 48.800

PARAFISCALES

N°	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 618.800

Planilla Pagada