BBVA

Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

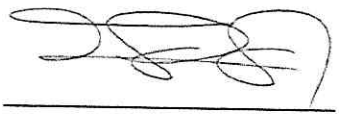
Que nuestro(a) cliente LUIS EDUARDO MEDINA ARREDONDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 84,089,836 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 758411672 aperturada el 5 de junio de 2017 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 1 de marzo de 2024.

Para trámites de nómina,legales,internacionales y otros,también puedes usar las siguientes 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 VÁCHA

A-4801600-00871281-M-0084089836-20161214 **0052617002A 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.: 1PCCNTR6162329 DEL 2

DESEMBOLSO No.: **02 (SEGUNDO PAGO)**

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

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: **DEL 01 AL 30 DE MAYO 2024 (30 DIAS)**

FECHA: **MES DE MAYO 2024**

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

CIUDAD: **Riohacha**

TELEFONO: **3014265761**

FIRMA

Gobernación de La Guajira	PROCESO		Código	
	Formato	Certificación pago parcial	Versión	1

(1) Contrato No.	CO1PCCNTR6162329	DE	2024	
(2) Nombre del contratista y/o representante legal:			LUIS EDUARDO MEDINA ARREDONDO	
(3) Dirección:	CALLE 16 N° 7 - 53 CASA 2	(4) Teléfono:	3014265761	
(5) Cédula y/o NIT:	84.089.836	(6) Correo electrónico:	lema28108@hotmail.com	
(7) Nombre (s) del supervisor (es) y/o interventores (es):			CARMEN ROSA SCOTT CURIEL	
(8) Dependencia:	DIRECTOR TECNICO-DIRECCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL Código 009 Grado 01	(9) No. Extensión o teléfono:		3178936458
(10) Objeto:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL PARA FORTALECER EL COMPONENTE DE SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES DE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE LA GUAJIRA			
(11) Plazo de ejecución:	Siete (7) meses			
(12) Fecha de inicio:	10 DE ABRIL DE 2024	(13) Fecha terminación:	09 DE NOVIEMBRE DE 2024	
(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:	Pago DEL 01 AL 30 DE MAYO DE 2024 (30 DIAS)			

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	**$2.799.999**	**$4.000.000**	**$ 0**	**$ 21.200.001**

Pago aportes salud - pensiones - parafiscales

Salud valor aporte: $	$ 270,000		(28) Pensión valor aporte:	$ 345,000	
(29) ARL: $	$ 52.700				
(30) Planilla de pago No.	**4545055876**		Fecha	11 de abril de 2024	
(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. CO1PCCNTR6162329, 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 Subdirección de Gestión del Talento Humano del departamento

Por lo anterior, se debe pagar a el/la contratista la suma de **$4000000 (CUATRO MILLONES DE PESOS M/CTE)**

(34) **Observaciones:**

(35) **Firma responsables:**

CARMEN ROSA SCOTT CURIEL
Supervisor

(36)MAYO de 2024

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

Contrato No.	CO1PCCNTR6162329 de 2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	LUIS EDUARDO MEDINA ARREDONDO		
Nombre del supervisor y/o interventor	CARMEN ROSA SCOTT CURIEL	**Teléfono / Extensión**	3163224291
Dependencia	DIRECCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL		
Objeto del contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL PARA FORTALECER EL COMPONENTE DE SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES DE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE LA GUAJIRA		
Fecha de inicio	10 DE ABRIL DE 2024	**Fecha de terminación**	09 DE NOVIEMRE DE 2024
Período objeto del informe:	MAYO DE 2024		

INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN				
Obligación contractual		Actividad desarrollada	Producto recibido	Observaciones o comentarios del Contratista
1.	Presentar un plan de trabajo y cronograma de actividades para el cumplimiento de las obligaciones, el cual deberá ser concertado y aprobado por el supervisor del contrato, que incluya las estrategias y actividades requeridas, acorde con las necesidades específicas conforme al objeto contractual.	Análisis de las obligaciones especificas 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.	Ninguna
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 todos 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	Ninguna
3.	Garantizar a través 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 Abril del 2024.	Archivo con las coberturas y dosis acumuladas para todos los biológicos del programa	Ninguna
4.	Realizar informes y estadísticas relacionada con el sistema de información y su seguimiento, así como comparar los datos de la matriz de consolidación 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	Ninguna

5.	Apoyar técnicamente a los municipios a resolver las inquietudes que se presenten en el sistema de información nominal del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).	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	Ninguna
6.	Garantizar soporte técnico al Programa Ampliado de Inmunizaciones en las acciones de capacitación a los usuarios de los aplicativos desarrollados y crear usuarios y perfiles.	Se realizaron un total de 15 usuarios, en funciones del sistema de información.	Archivo con lista de usuarios creadas	Ninguna
7.	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	Ninguna
8.	Apoyar y participar en los equipos de trabajo y reuniones en las que sea requerido por la supervisión, que tengan relación con el objeto del contrato.	Se realizaron 2 videoconferencia liderada por Administración Temporal en Coordinación por el Programa Ampliado de Inmunización PAI	Actas	Ninguna
9.	Asistir técnicamente a los municipios en el tema de los sistemas Nominal del PAI- PAIWEB 2.0.	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	Ninguna
10.	Realizar talleres de actualización al talento humano en los municipios frente a la capacitación Nominal del PAI- PAI WEB 2.0 articulado con la coordinación del PAI	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	Ninguna
11.	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	Ninguna
12.	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	Ninguna
13.	Garantizar mensualmente back up de la información que genere el PAI.	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 paiguajira@gmail.com	Ninguna
14.	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.	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	Ninguna

Secretaria de Salud Departamental Gobernación de La Guajira	PROCESO	GESTIÓN DE SALUD PÚBLICA	Código	GG-PMGS-028
	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 del ministerio	Cronograma	Ninguna

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

Firma del Contratista
Fecha: Mayo 2024

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:

Supervisor

Lugar y Fecha: Riohacha, La Guajira MAYO 2024

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

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			4545055876	TIPO DE PLANILLA		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES abril AÑO	2024
DÍAS DE MORA			0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)			2024/04/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN		4041134962

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	$ 345.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 345.600	$ 0	$ 345.600
SUBTOTALES:										$ 345.600	$ 0	$ 345.600

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	$ 270.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 270.000	$ 0	$ 0	$ 270.000
SUBTOTALES:													$ 270.000	$ 0	$ 0	$ 270.000

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	$ 52.700	$ 52.700	$ 0	$ 0	$ 52.700
SUBTOTALES:									$ 52.700	$ 0	$ 0	$ 52.700

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

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	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 84089836	MEDINA ARREDONDO LUIS EDUARDO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.160.000				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
230301-PORVENIR	30	$ 2.160.000	$ 345.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 345.600

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 2.160.000	$ 270.000	$ 0	$ 270.000

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.160.000	84089836	$ 52.700

PARAFISCALES

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

TOTAL	**$ 668.300**

Planilla Pagada