BBVA

Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

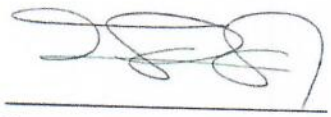
Que nuestro(a) cliente LUIS EDUARDO MEDINA ARREDONDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 84,089,836 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 758411672 aperturada el 5 de junio de 2017 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo 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 **0052**617002A 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: ($ 3.866.667) TRES MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE

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

Contrato No.: CO1PCCNTR6162329 de 2024

DESEMBOLSO No.: 9 (NUEVE)

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**

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: DEL 01 AL 30 DE DICIEMBRE 2024

FECHA: MES DE DICIEMBRE 2024

DIRECCION: CALLE 16 N° 7 - 53 CASA 2

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:	(9) Meses				
(12) Fecha de inicio:	10 DE ABRIL DE 2024		(13) Fecha terminación:	30 DE DICIEMBRE 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 ($):	$6.666.666				
(18) Prórroga (tiempo)					
(19) Suspensión					
(20) Cesión:					
(21) Concepto del pago:	Pago DEL 01 AL 30 DE DICIEMBRE DE 2024				

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) $
$ 34.666.666	$30.799.999	$3.866.667	$ 0	$ 0

Pago aportes salud - pensiones - parafiscales

(27) Salud valor aporte: $	$ 270.000		(28) Pensión valor aporte: $	$ 345.600	
(29) ARL: $	$ 52.700				
(30) Planilla de pago No.	7952144221		Fecha	10 de diciembre 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 periodo 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 **$3,866,667 (TRES MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS MICTE)**

(34) **Observaciones:**

(35) **Firma responsables:**

CARMEN ROSA SCOTT CURIEL
Supervisor

(36)DICIEMBRE de 2024

Gobernación de La Guajira	PROCESO	GESTIÓN FINANCIERA	Código	
	Formato	Certificación de pago final	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:	(10) Meses		
(12) Fecha de inicio:	10 DE ABRIL DE 2024	(13) Fecha terminación:	30 DE DICIEMBRE 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 ($):	$6.666.666		
(18) Prórroga (tiempo):			
(19) Suspensión:			
(20) Cesión:	SI ☐	NO ☑	
(21) Concepto del pago:	PAGO FINAL CORRESPONDIENTE AL MES DE DICIEMBRE 2024 (30) DIAS		

Resumen financiero

(22) Valor total del contrato (inicial + adición) (vigencia) $	(23) Valor pagado y/o girado $	(24) Valor ejecutado $	(25) Saldo a favor $	(26) Saldo a liberar y/o liberado $
$ 34.666.666	$ 34.666.666	$ 34.666.666	0	0

Pago aportes salud - pensiones - parafiscales

(27) Salud valor aporte: $	$ 270.000	CUMPLIO	SI
(28) Pensión valor aporte: $	$ 345.600	CUMPLIO	SI
(29) ARL: $	$ 52.700	CUMPLIO	SI
(30) Planilla de pago No.	7952144221	(31) Fecha:	10 de diciembre de 2024
(31) Certificación parafiscales de fecha:			

(32) Concepto supervisor (es) y/o interventor (es)

El supervisor y/o interventor, hace constar que la contratista LUIS EDUARDO MEDINA ARREDONDO entregó los productos y/o prestó los servicios pactados en el contrato N° CO1PCCNTR6162329 DEL 2024, cumplió (SI) el 100% con el objeto del contrato y demás obligaciones contractuales.

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).

POR LO ANTERIOR SE DEJA CONSTANCIA QUE:

1. Se pagó o desembolsó la suma de $	$ 34.666.666,00	conforme a la cláusula ☑ SI ☐ NO	2	del contrato CO1PCCNTR6162329 DEL2024
2. Se ejecutó la suma de	$ 34.666.666,00			
3. Existe saldo a favor del contrato por la suma de	$ 0,00			
4. El valor cedido por el contratista es de	$ 0,00			
5. La Gobernacion de la Guajira libera la suma de	$ 0,00			

(33) Concepto del cumplimiento

Bueno	Regular	Malo
X		

(34) **Observaciones**	Gestión conforme a las clausulas del contrato en mención.
(35) **Firma responsables**	

CARMEN ROSA SCOTT CURIEL
Supervisor

(36) **Fecha:** DICIEMBRE 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**	30 DE DICIEMBRE DE 2024
Período objeto del informe:	DICIEMBRE 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 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.	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 Noviembre y Diciembre 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 5 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 15 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 Secretaria de Salud 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: Diciembre 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 Diciembre 2024

Gobernación de La Guajira	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Código	
	Formato	**Informe final de supervisión** **Certificación final de ejecución, cumplimiento y recibo definitivo a satisfacción**	Versión	

(1)	**Contrato No.**	CO1PCCNTR6162329 de 2024		
(2)	**Nombre del Contratista y/o Representante Legal:**	**LUIS EDUARDO MEDINA ARREDONDO**		
(3)	**Nombre del supervisor y/o interventor:**	CARMEN ROSA SCOTT CURIEL		
(4)	**Dependencia:**	DIRECCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL		
(5)	**No. extensión o teléfono del supervisor:**	3163224291		
(6)	**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		
(7)	**Fecha de inicio:**	10 DE ABRIL DE 2024	(8) Fecha terminación:	30 DE DICIEMBRE DE 2024

(9) INFORME FINAL DE EJECUCIÓN

1. **INFORME DE EJECUCIÓN TÉCNICA: (9)**

1.1. Supervisor designado, cambios en la designación y períodos. CARMEN ROSA SCOTT CURIEL

1.2. Fecha de inicio. 10 de Abril del 2024.

1.3. Fecha de terminación del contrato. 30 de Diciembre 2024

1.4. Ejecución del contrato o convenio: CO1PCCNTR6162329 de 2024

La contratista realizó las actividades encomendadas conforme a las obligaciones contractuales durante el periodo comprendido entre el 10 de Abril hasta el 30 Diciembre del año en curso. Es así que de acuerdo al plan de trabajo propuesto, presentado y aprobado como Prestación de servicios como técnico para el fortalecimiento en la implementación de los lineamientos del Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI adscrita al Departamento de La Guajira -Secretaria de Salud departamental.
Realizo acompañamiento en las mesas de trabajo, convocadas por la coordinadora PAI del Departamento de la Guajira, invitando a las EAPB, IPS y E.S.E. de los 14 Municipios y el Distrito de Riohacha, esto con el fin de socializar las estrategias del Programa y asi fortalecer las estrategia de Vacunacion en el Departamento.
Garantizo insumos y biológicos sufientes deacuerdo con la programación de insumos y capacidad de almacenamiento al nivel Nacional.
Apoyo la recepción y consolidación de inventario en los meses de Febrero, Marzo, Abril, Mayo, Junio, Julio, Agosto, Septiembre, Octubre, Noviembre y Diciembre del presente año.

Apoyo en el seguimiento mensual al movimiento de biologicos e Insumos de la Secretaria de Salud Departamental.
Realizo seguimiento a las actividades de mantenimiento preventivo o correctivo de los cuartos frios de los Municipios y de la Secretaria de Salud Departamental.

NOTA: El presente formato contiene la información básica que debe contener un Informe Final de Ejecución. Lo anterior sin perjuicio de la información y soportes adicionales que se deban relacionar atendiendo el tipo de contrato o convenio y la complejidad del mismo.

Gobernación de La Guajira	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Código	
	Formato	**Informe final de supervisión** **Certificación final de ejecución, cumplimiento y recibo definitivo a satisfacción**	Versión	

Apoyo en las mesas de trabajo con los actores del SGSSS (Coordinadores PAI Municipales e IPS vacunadoras) para verificar la calidad del dato y realizar los respectivos ajustes para el mejoramiento de las coberturas de vacunación en el Distrito de Riohacha y los 14 Municipios de La Guajira.
Presento los informes mensuales y el documento final del producto de acuerdo en descrito del contrato No CO1PCCNTR6162329 de 2024, que amplían el cumplimento oportuno y con calidad de lo contratado y otras acciones asignadas.

1.5. Informe sobre modificaciones (cuando aplique). NO APLICA

1.6. Relación de informes específicos entregados y pactados en el contrato:

Undecimo (11) Informe mensual, que dieron cuenta de las siguientes obligaciones especificas del contrato CO1PCCNTR6162329 de 2024.

- 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.
- 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.
- Garantizar atravez del sistema los resultados mensuales de dosis aplicadas y coberturas existentes en su población por cada uno de los biológicos trazadores.
- Realizar informes y estadísticas relñacionadas 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.
- Apoyar Tecnicamente a los Municipios a resolver las inquietudes que se presente en el sistemas de información nominal del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) deconectado.
- 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.
- Revisar los inventarios de biológicos e insumos a nivel municipal y dar alertas a los municipios de las existencia y fechas de vencimiento.
- 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.
- Asistencias técnicas a los municipios en el tema de los sistemas nominal del PAI – PAIWEB.
- Realizar talleres de actualización al talento humano en los municipios frente a la capacitación nominal del PAI – PAIWEB 2.0,
- 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.
- 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.
- Garantizar mensualmente back up de la información que genere el PAI.
- 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.

NOTA: El presente formato contiene la información básica que debe contener un Informe Final de Ejecución. *Lo anterior sin perjuicio de la información y soportes adicionales que se deban relacionar atendiendo el tipo* de contrato o convenio y la complejidad del mismo.

- 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.

2. INFORME DE EJECUCIÓN ECONÓMICA Y FINANCIERA (9)

Valor inicial del contrato o convenio	$ 28.000.000
Valor adiciones	6.666.666
Valor total incluidas las adiciones	$ 34.666.666
Valor total ejecutado	$ 34.666.666
Valor pagado o desembolsado al contratista.	$ 34.666.666
Saldo a favor del contratista.	$ 0
Valor a reintegrar o reintegrado por parte del contratista. (adjuntar copia del reintegro si el mismo tuvo lugar)	0
Valor a liberar	0
Relación de los desembolsos o aportes de cada una de las partes y el informe sobre su estado de ejecución.	0
Informe sobre la ejecución de valor destinado a imprevistos, cuando los mismos hayan sido pactados.	0
Información sobre rendimientos financieros cuando aplique. (Indicar el valor de los rendimientos generados; si ya fueron reintegrados indicar la fecha de reintegro y adjuntar copia de la constancia del reintegro, en caso contrario indicar la obligación a cargo del contratista y fecha de exigibilidad)	0
Relación de subcontratos cuando haya lugar, indicando su objeto, valor, estado de ejecución, pago y liquidación.	0
Adjuntar relación de pagos expedida por el área u organismo competente	0

3. INFORME DE EJECUCIÓN ASPECTOS LEGALES (9)

3.1 PÓLIZAS O GARANTÍAS EXIGIDAS.

Fecha de aprobación de la garantía. La cual debe ser anterior a la suscripción del acta de inicio.	NO APLICA
Información sobre la vigencia extensión de la vigencia, para los casos de liquidación del contrato. (Se debe adjuntar la garantía, extendida)	NO APLICA

NOTA: El presente formato contiene la información básica que debe contener un Informe Final de Ejecución. *Lo anterior sin perjuicio de la información y soportes adicionales que se deban relacionar atendiendo el tipo* de contrato o convenio y la complejidad del mismo.

Gobernación de La Guajira	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Código	
	Formato	**Informe final de supervisión** **Certificación final de ejecución, cumplimiento y recibo definitivo a satisfacción**	Versión	

3.2 CUMPLIMIENTO DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

Se certifica el pago de aportes a seguridad social durante toda la ejecución del contrato a la fecha de finalización del contrato o convenio. Se adjuntan las certificaciones.

PERIODO DE PAGO	No PLANILLA	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	TIPO DE PLANILLA
ENERO 2024-ENERO 2024	4540551409	21/02/2024	I-INDEPENDIENTES
FEBRERO 2024-FEBRERO 2024	4541435666	29/02/2024	I-INDEPENDIENTES
MARZO 2024-MARZO 2024	4541437243	26/03/2024	I-INDEPENDIENTES
ABRIL 2024-ABRIL 2024	4545055876	11/04/2024	I-INDEPENDIENTES
MAYO 2024-MAYO 2024	4547521149	31/05/2024	I-INDEPENDIENTES
JUNIO 2024-JUNIO 2024	4554329091	17/06/2024	I-INDEPENDIENTES
JULIO 2024-JULIO 2024	4565712024	20/08/2024	I-INDEPENDIENTES
AGOSTO 2024-AGOSTO 2024	7939760185	02/09/2024	I-INDEPENDIENTES
SEPTIEMBRE 2024-SEPTIEMBRE	7939760411	18/09/2024	I-INDEPENDIENTES
OCTUBRE 2024-OCTUBRE 2024	7942397016	18/11/2024	I-INDEPENDIENTES
NOVIEMBRE 2024-NOVIEMBRE 2024	7949747365	06/12/2024	I-INDEPENDIENTES
DICIEMBRE 2024-DICIEMBRE 2024	7952144221	10/12/2024	I-INDEPENDIENTES

3.3 OTROS ASPECTOS RELEVANTES.

No aplica

4. INFORME DE EJECUCIÓN ASPECTOS ADMINISTRATIVOS (9)

Mensualmente se hizo entrega de las cuentas generadas por el desarrollo del presente contrato, previa revisión y visto bueno y firma del supervisor.

5. DOCUMENTOS ADJUNTOS (9)

1. Se adjuntan en medio Fisico Informe final de ejecución.
2. Se adjunta en medio magnético un (1) CD; que contiene la siguiente información:
   - Carpeta N° 1: Documento final de ejecución y informe final del supervisor.
   - Carpeta N° 2: Documento que consolida los soportes de las acciones desarrolladas especificas del informe final.

6. OBSERVACIONES (10)

En este ítem se debe incluir, entre otros aspectos, los siguientes:

- Cumplió con los demás aspectos considerados relevantes en relación con la ejecución, técnica, administrativa y financiera del contrato, relacionados en el informe de ejecución del numeral 2: **SI**

NOTA: El presente formato contiene la información básica que debe contener un Informe Final de Ejecución. *Lo anterior sin perjuicio de la información y soportes adicionales que se deban relacionar atendiendo el tipo* de contrato o convenio y la complejidad del mismo.

Gobernación de La Guajira	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Código	
	Formato	**Informe final de supervisión** **Certificación final de ejecución, cumplimiento y recibo definitivo a satisfacción**	Versión	

- Pronunciamiento sobre el cumplimiento de la Cláusula sobre Derechos de Propiedad Intelectual. NO APLICA.

De conformidad con lo anterior, EL SUPERVISOR (ES) CERTIFICA QUE: (11)

1. El/La Contratista **LUIS EDUARDO MEDINA ARREDONDO, con CC. 84.089.836**, durante el periodo de ejecución del contrato N° CO1PCCNTR6162329 de 2024, desarrolló y cumplió con el (100%) cien por ciento del objeto contractual y las actividades, presentó y entregó los informes, productos y demás obligaciones pactadas en el Contrato o Convenio en mención.
2. Apruebo los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por el/la Contratista durante todo el periodo de ejecución del Contrato o Convenio en mención.
3. Recibí de manera definitiva y a satisfacción los servicios y/o bienes prestados por El/La Contratista durante todo el periodo de ejecución del Contrato o Convenio en mención.

En constancia, firmo: (12)

SUPERVISOR .
Supervisor Contrato No CO1PCCNTR6162329 de 2024

(13) Lugar y Fecha: La Gurajira DICIEMBRE 2024.

NOTA: El presente formato contiene la información básica que debe contener un Informe Final de Ejecución. Lo anterior sin perjuicio de la información y soportes adicionales que se deban relacionar atendiendo el tipo de contrato o convenio y la complejidad del mismo.

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL Gobernación de La Guajira	PROCESO	Gestion de Contratacion	Código	
	Formato	**INFORME FINAL DE EJECUCIÓN** Certificación Final de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción	Versión	

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 Contrato	10 DE ABRIL DE 2024	**Fecha de terminacion**	30 DE DICIEMBRE DE 2024

INFORME FINAL DE EJECUCIÓN

	Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto recibido	Observaciones o comentarios del Contratista	Porcentaje de Cumplimiento
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 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.	Ninguna	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 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	100%
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 Enero a Diciembre del 2024.	Archivo con las coberturas y dosis acumuladas para todos los biológicos del programa	Ninguna	100%
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	100%
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	100%

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL Gobernación de La Guajira	PROCESO	Gestion de Contratacion	Código	
	Formato	**INFORME FINAL DE EJECUCIÓN** Certificación Final de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción	Versión	

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 25 usuarios, en funciones del sistema de información.	Archivo con lista de usuarios creadas	Ninguna	100%
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 15 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	100%
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 Secretaria de salud en Coordinación por el Programa Ampliado de Inmunización PAI	Actas	Ninguna	100%
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	100%
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	100%
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	100%
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	100%
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	100%
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	Esta actividad esta sujeta a la programación de reuniones liderada por la secretaria de salud departamental en Coordinación	Cronograma	Ninguna	100%

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL Gobernación de La Guajira	PROCESO	Gestion de Contratacion	Código	
	Formato	INFORME FINAL DE EJECUCIÓN Certificación Final de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción	Versión	

	coordinación con el interventor asignado.	por el Programa Ampliado de Inmunización PAI			
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	100%

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

Firma del Contratista
Fecha: Diciembre 2024

INFORME FINAL

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 Diciembre 2024

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN.	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN.	84089836
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL.			LUIS EDUARDO MEDINA ARREDONDO
CIUDAD/MUNICIPIO.	RIOHACHA	DEPARTAMENTO.	GUAJIRA
DIRECCIÓN.	CALLE 16 Nº 7 - 53 PROGRESO	TELÉFONO.	7777777
TIPO APORTANTE.	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE.	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA.	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA.	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.	79521442221	TIPO DE PLANILLA.			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES diciembre AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD.	MES diciembre AÑO		2024
DÍAS DE MORA.	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)	2024/12/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN.			1114824614

TOTAL APORTES A PENSIÓN

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

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 COTIZACION	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

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

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES / LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	RESIDENTE REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES: IGE LMA VAC AVP VCT IRP VST SLN COM VSP TDE TAE TAP COR RET	SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	CC 84089836	MEDINA ARREDONDO LUIS EDUARDO	RESPONSABLE NTR CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.160.000			NO		230301-PORVENIR	30	$ 2.160.000	$ 345.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 345.600

Nº	SEGURIDAD SOCIAL: SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 2.160.000	$ 270.000	$ 0	$ 270.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.160.000	$ 84089836	$ 52.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 668.300

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN.	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN.	84089836
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL.			LUIS EDUARDO MEDINA ARREDONDO
CIUDAD/MUNICIPIO.	RIOHACHA	DEPARTAMENTO.	GUAJIRA
DIRECCIÓN.	CALLE 16 N° 7 - 83 PROGRESO	TELÉFONO.	7777777
TIPO APORTANTE.	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE.	1-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.			7949747365	TIPO DE PLANILLA.	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	noviembre AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES noviembre AÑO 2024
DÍAS DE MORA.			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)			2024/12/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN.	1105167469

TOTAL APORTES A PENSIÓN

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

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

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-25	14-25-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**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
N°	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COM	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN ADMIN	PENSIÓN DIAS COT	PENSIÓN IBC	PENSIÓN COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	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	PARAFISCALES DIAS COT	PARAFISCALES IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 84089836	MEDINA ARREDONDO LUIS EDUARDO	PENSIONADO CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.160.000				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 2.160.000	$ 345.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 345.600	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 2.160.000	$ 270.000	$ 0	$ 270.000	14-25-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.160.000	$ 84089836	$ 52.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 668.300

Planilla Pagada