Banco de Bogotá

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

Que la persona HERRERA SIERRA,SIXTA MARIA identificado(a) con CC 40929357 está vinculado(a) al BANCO DE BOGOTA a través de la CTA AHORROS No. 530350446 desde el 29 de marzo de 2011, este producto se encuentra Vigente.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 26 de enero de 2024, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,

Olga Yanira Otálora Guerrero

Gerencia de Soluciones para el Cliente

Banco de Bogota

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 40.929.357

HERRERA SIERRA

APELLIDOS

SIXTA MARIA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-OCT-1974

RIOHACHA
(LA GUAJIRA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA

B+ G.S. RH

F SEXO

20-JUN-1994 RIOHACHA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-4800100-00602318-F-0040929357-20140723 0039245095A 1 7852973517

CUENTA DE COBRO

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE LA GUAJIRA.
NIT
892115015-1
DEBE A:

NOMBRE: SIXTA MARIA HERRERA SIERRA

IDENTIFICACIÓN: CC _X_ NIT ____ No. 40.929.357 DE RIOHACHA

LA SUMA DE: (DOS MILLONES TREITA MIL PESOS ML) $2,030.000

POR CONCEPTO DE: HONORARIOS POR PRETACION DE SERVICIO DEL MES DE DICIEMBRE 2024

Contrato No.: CO1.PCCNTR616638

DESEMBOLSO No.: 9 (NOVENO PAGO)

OBJETO: PRESTACION DE SERVICIO COMO TECNICO PARA EL FORTALECIMIENTO EN LA IMPLEMENTACION DE LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES - PAI ,DE LA SEGRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE LA GUAJIRA,

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: 1 AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2024

FECHA: DICIEMBRE 2024

DIRECCION: CALLE 14 E # 21- 70 BARRIO COOPERATIVO.

CIUDAD: RIOHACHA

TELEFONO: 3215674878

SIXTA MARIA HERRERA SIERRA

FIRMA

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

(1) Contrato No.	CO1.PCCNTR6166383	DE	2024		
(2) Nombre del contratista y/o representante legal:			SIXTA MARIA HERRERA SIERRA		
(3) Dirección:	CALLE 14 E # 21-70 - COOPERATIVO		(4) Teléfono:	3215674878	
(5) Cédula y/o NIT:	40.929.357		(6) Correo electrónico:	sixta2030@hotmail.com	
(7) Nombre (s) del supervisor (es) y/o interventores (es):			CARMEN ROSA SCOTT CURIEL		
(8) Dependencia:	DIRECCION DE SEGURIDAD SOCIAL		(9) No. Extensión o teléfono:		3163224291
(10) Objeto:	PRESTACION DE SERVICIO COMO TECNICO PARA EL FORTALECIMIENTO EN LA IMPLEMENTACION DE LOS LINIAMIENTOS DEL PROGAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES - PAI , DELA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE LA GUAJIRA .				
(11) Plazo de ejecución:	NOVENO (9) MESES				
(12) Fecha de inicio:	10 DE ABRIL DE 2024		(13) Fecha terminación:	30 DE DICIEMBRE 2024	
(14) Valor inicial del contrato: $	$ 14.700.000				
(15) Valor pagos (mensual o como se haya pactado): $	$ 2.100.000				
(16) Valor desplazamientos: $					
(17) Adición ($):	$3.500.000				
(18) Prórroga (tiempo)	1 MES Y 20 DIAS				
(19) Suspensión					
(20) Cesión:					
(21) Concepto del pago:	NOVENO PAGO (DICIEMBRE 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) $
$ 18.200.000	$16.100.000	$2.030.000	$ 0	$ 0

Pago aportes salud - pensiones - parafiscales

(27) Salud valor aporte: $	$ 162.500		(28) Pensión valor aporte:	$ 208.000	
(29) ARL: $	$ 6.800				
(30) Planilla de pago No.	4582325670		Fecha	6/12/2024	
(32) Certificación parafiscales de fecha:					

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

Elcontratista, SIXTA MARIA HERRERA SIERRA cumplió con las obligaciones contraídas en el contrato No.C01.PCCNTR.6166383 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 **DOS MILLONES TREINTA MIL PESOS ($2.0300.000) M/L**

(34) **Observaciones:**

(35) **Firma responsables:**

Carmen Rosa Scott Curiel

CARMEN ROSA SCOTT CURIEL
Supervisora

(36) DICIEMBRE DE 2024

Gobernación de La Guajira	PROCESO	GESTIÓN FINANCIERA	Código	
	Formato	Certificación de pago final	Versión	

Aspectos generales de contrato y su ejecución					
(1) Contrato No.	COI,PCCNTR 6166383	de	10 DE ABRIL DE 2024		
(2) Nombre del contratista y/o representante legal:			SIXTA MARIA HERRERA SIERRA		
(3) Cédula y/o NIT:	40929357		(4) Correo electrónico:	sixta2030@hotmail.com	
(5) Dirección:	CALLE 14 E # 21 - 70 - COOPERATIVO		(6) Teléfono:	3215674878	
(7) Nombre del supervisor y/o interventor:			CARMEN ROSA SCOTT CURIEL		
(8) Dependencia:			(9) No. Extensión o teléfono:		3163224291
(10) Objeto:	PRESTACION DE SERVICIOS COMO TECNICOS PARA EL FORTALECIMIENTO EN LA IMPLEMENTACION DE LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES - PAI, EN LOS MUNICIPOIS DE LA ZONA NORTE Y DEMAS QUE SE ASIGNEN DE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE LA GUAJIRA.				
(11) Plazo de ejecución:		9 Meses			
(12) Fecha de inicio:	10 DE ABRIL 2024		(13) Fecha terminación:	30 DE DICIEMBRE 2024	
(14) Valor inicial del contrato: $	$ 14.700.000				
(15) Valor pagos (mensual o como se haya pactado): $	$ 2.100.000				
(16) Valor desplazamientos: $					
(17) Adición ($):	$ 3.500.000,00				
(18) Prórroga (tiempo):					
(19) Suspensión:					
(20) Cesión:	SI ☐	NO ☑	A PARTIR DE LA FECHA		
(21) Concepto del pago:	Pago (Diciembre 2024)				
(22) Terminación anticipada:					

Resumen financiero				
(23) Valor total del contrato (inicial + adición) (vigencia) $	(24) Valor pagado y/o girado $	(25) Valor ejecutado $	(26) Saldo a favor $	(27) Saldo a liberar y/o liberado $
$ 18.200.000,00	$ 18.200.000,00	$ 18.200.000,00	$ 0,00 $ 0 ,00 $ 0,00	$ 0,00

Cumplimiento – pagos seguridad social – aportes parafiscales					
(28) Salud planilla N°	4582325670	(29) Valor:	$208.000	(32) Cumplió:	SI
(28) Pensión planilla N°	4582325670	(30) Valor:	$162.500	(32) Cumplió:	SI
(28) Riesgos laborales planilla N°	4582325670		$6.800	(32) Cumplió:	SI
(33) Certificación parafiscales de fecha:			6- de diciembre del 2024		

Gobernación de La Guajira	PROCESO	GESTIÓN FINANCIERA	Código	
	Formato	Certificación de pago final	Versión	

(34) **Concepto supervisor y/o interventor**

El supervisor y/o interventor, hace constar que el contratista SIXTA MARIA HERRERA SIERRA, entregó los productos y/o prestó los servicios pactados en la cláusula Tercera en el contrato N° C01,PCCNTR 6166383 de 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 del sistema de seguridad social integral en salud y pensiones y/o aportes parafiscales durante la ejecución del contrato.

Por lo anterior se deja constancia que:

1. Se pagó o desembolsó la suma de $	$ 18.200.000	conforme a la cláusula	2	del contrato.CO1,6166383 de 2024
2. Se ejecutó la suma de $			$ 18.200.000,00	
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 Sector Salud libera la suma de $			$ 0,00	

(35) **Concepto del cumplimiento**

Bueno	Regular	Malo
X		

(36) **Observaciones**	Gestión conforme a las clausulas del contrato en mención.

(37) **Firma responsables**

Carmen Rosa Fadul Cuello

Interventor/supervisor

DICIEMBRE 2024

Nota 1. Adjuntar informe final de terminación del contrato

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.	CO1,PCCNTR.6166383 DE 2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	SIXTA MARIA HERRERA SIERRA.		
Nombre del supervisor y/o interventor (es).	CARMEN ROSA SCOTT CURIEL	**Teléfono:**	3163224291
Dependencia	Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI		
Objeto del contrato	PRESTACION DE SERVICIOS COMO TECNICO PARA EL FORTALECIMIENTO EN LA IMPLEMENTACION DE LOS LINIAMIENTOS DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES -PAI,DE LA SEGRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE LA GUAJIRA.		
Fecha de inicio	10 DE ABRIL 2024	**Fecha de terminacion**	30 DE DICIEMBRE 2024.
Período objeto del informe:	**DICIEMBRE 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.	Elaboracion del plan de trabajo y cronograma de actividades PAI.	Plan de trabajo y cronograma de actividades, entregado y aprobado por el supervisor inmediato.	Ninguna
2	Participar en la planeación, organización y desarrollo de las jornadas de vacunación, según lo establecido por los lineamientos PAI del MSPS y de la Secretaria de Salud departamental de La Guajira	Apoyo en la Jornada de intensificaccion vacunación contra influencia y todos los biológicos de programa regular.	Estar atenta a los reportes que envían los municipios asignados,	Ninguna
3	Participar en la planeación, organización y desarrollo de de la campaña de alta calidad Según (CVS) para el mantenimiento del plan de sostenibilidad de la eliminación de SR en población de 2 a 11 años.	Recepcionar y entregar las vacunas SR en los municios asinados y demás que se asignen Participar en viodeo conferencias y de mas actividades que se requiran	Entrega de facturas de entregas de los municipios asignados. Listado de asistencia de los 14 y un distrito	Ninguna

4	Participar en la planeación, organización y desarrollo de la Vacunación contra el COVID-19. .	Se participaen viodeo conferncias y capacitación sobre el tema vacunas covid -19 Recepcion y Entrega de las Vacunas covid-19 a Los Municipios zona Norte y los demás Que se asignen.	Entregas de las Vacunas Covid - a los Municipios Asignados.	Ninguna
5	Garantizar la digitación oportuna y con calidad la información requerida para el control y seguimiento de los inventarios y pedidos de los municipios de la zona norte y demás que se asignen.	Recepción y entrega de biológicos de manera mensual a los Municipios Zona norte y demas Asignados. solicitados a través del PAI WEB	Facturas de entrega de biológicos de los Municipios asignados.	Ninguna
6	Entregar de forma oportuna los biológicos e insumos a los municipios y distrito a través del Sistema de Información PAI. Según cronograma disponible en el área.	Recepción y entrega de biológicos de manera mensual a los Municipios Zona norte y demas Asignados. solicitados a través del PAI WEB.	Facturas de entrega de biológicos de los Municipios asignados.	Ninguna
7	Garantizar el descargue de los biológicos entregados en el sistema de Información nominal, a los municipios de la zona norte y demás que se asignen.	Descargue de biológicos del sistema paiwed, según saldo de biológicos entregados a los Municipios asignados.	Factura impresa del descargue de biológico del paiwed a los municipios asignados.	Ninguna
8	Realizar seguimiento al desarrollo del sistema de información nominal del "PAIWEB".	Se realiza seguimiento al Sistema de información nominal del PAI, a través de la verificación del ingreso de la información uno a uno personal vacunado mensualmente en los Municipios: zona Norte y los demás que Asignen .	Reporte de Vacunados con su historial vacunal.	Ninguna
9	Realizar Monitoreo de la temperatura de los equipos de la red de frío que contengan vacuna, de acuerdo al cronograma definido en el Programa Ampliado de Inmunizaciones departamental.	Toma de temperatura de las neveras y del cuarto frio queda estipulada para registrar de forma mensual según cronograma establecido por la coordinadora PAI.	Registro de temperatura sobre los rangos normales del al sin ninguna novedad.	Ninguna

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

10	Realizar periódicamente la limpieza y desinfección del área y equipos de la Cadena de Frio. Según cronograma disponible en el área.	Se realiza limpieza y Desinfección del área de red de frio (cuarto frio y neveras donde se almacenan los biológicos) según cronograma realizado por el coordinador PAI Departamental.	Formatos de limpieza y Desinfección del área de red de frio según cronograma establecido	En el cronograma esta estipulado la limpieza todos lo 30 de cada mes
11	para el fortalecimiento de las actividades referentes a la gestión y cadena de frío en los municipios. Apoyar en el seguimiento a los requerimientos	Deligensamiento y entrega del carne de fiebre amarilla,certificaciones a mayores de 60 años y niños solicitados para viajar fuera del país	42 usuarios certificados con carne internacional eleborados.	Ninguna
12	participar en las acciones establecidas por la secretaria de salud como reuniones, mesas de trabajo y otros espacios interinstitucionales.	Participacion de segretarios, cordinadores gerentes ESE,IPS EAPB videoconferencia convocadaporla Segretaria de Salud Departamental : asunto mesas de trabajo	Listado de asistencia	Ninguna
13	**A**poyar las reuniones de coordinación intra e intersectorial, para lograr la atención integrar de la población objeto del programa PAI, con funcionarios encargados en las IPS, IPSI, E.S.E que presten servicio de vacunación en los municipios de la zona norte.	Asistencia a videoconferencia convocada por la MSPS, donde los actores precentes fueron Referente y equipo PAI departamental y Los gestores de las diferentes EAPB que tienen presencia en el departamento de la Guajira,	Asistencia de los 11 EAPB de precencia en el Departamento de la Guajira.	Ninguna
14	Apoyar en la verificación de los informes de saldos de biológicos entregados por la secretaria de salud departamental en los municipios de la zona norte y demás que se asignen, así mismo las verificaciones de los insumos para la vacunación mensualmente.	Se Verifican las plantilas de dosis aplicadas y movimientos de biológicos e inventario de biológico e insumos para conocer saldo reales.	Se Verifican las plantilas de dosis aplicadas y movimientos de biológicos e inventario de biológico e insumos para conocer saldo reales.	Ninguna
15	participar en la planeación, organización y desarrollo de las jornadas de vacunación, según lo establecido por los lineamientos PAI del MSPS y de la Secretaria de Salud departamental de La Guajira.	Seguimiento via Telefónica a las Jornada de intensificacion y vacunaton vacunación anivel Departamento de la guajira.	Consolidado del reporte de dosis aplicada en la Jornada de intensificación de los municipios asignados.	Ninguna.

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

16	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 supervisor.	Me traslado a los siguientes Municipios a los cuales realizo apoyo a visita técnica: Distraccion y Hatonuevo.	Actas y listado de Asistencia de las mesas Realizadas realizadas	Ninguna.

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

SIXTA MARIA HERRERA SIERRA.
Firma del Contratista
Fecha: DICIEMBRE 2024

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

De conformidad con el seguimiento a la ejecución del contrato CO1.PCCNTR.6166383 **de 2024** certifica que:

1. **SIXTA MARIA HERRERA SIERRA** 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. El contratista cumplió con el requisito establecido en el numeral siete (7) de la circular interna N° 25, del 22 de julio del 2013, remitiendo copia del examen preocupacional a la Subdirección de Gestión del Talento Humano de la Secretaria de Salud Depaatamental de la Guajira.
SI ☐X NO☐

4. Apruebo los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por Seleccione contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Seleccione en mención.

OBSERVACIONES	

En constancia, firmo:

CARMEN ROSA SCOTT CURIEL
Supervisora (es)/Interventor (es)

Lugar y Fecha: Riohacha,Guajira: DICIEMBRE DE 2024

Departamento De La Guajira Secretaria de salud 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	

	Contrato No.	**No. C01,PCCNTR 6166383 DE 2024**		
(1)	**Nombre del Contratista**	SIXTA MARIA HERRERA SIERRA		
(2)	**Nombre del supervisor y/o interventor:**	CARMEN ROSA SCOTT CURIEL		
(3)	**Director de proyecto/Dependencia:**	Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI.		
(4)	**No. extensión o teléfono del supervisor:**	3163224291		
(5)	**Objeto del contrato:**	Prestacion de Servicio Como Tecnico Para el Fortalecimiento en la Implementacion De los lineamientos del Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI en los Municipios de la zona norte y demás que se asignen de la Segretaria de Salud Departamental de la Guajira.		
(6)	**Fecha de inicio:**	**10 DE ABRIL 2023**	**Fecha de terminación**	**30 DE DICIEMBRE 2024**

(9) INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN

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. **MIERCOLES 10 DE ABRIL DEL 2024**

1.3. Fecha de terminación del contrato. **LUNES 30 DE DICIEMBRE DE 2024**

1.4. Ejecución del contrato o convenio:
La contratista realizó las actividades encomendadas conforme a las obligaciones contractuales durante el periodo comprendido entre el **MIERCOLES 10 de ABRIL DEL 2024** y el **LUNES 30 DE DICIEMBRE DE 2024** del año en curso. Presentó los cinco informes mensuales y el documento final del producto de acuerdo a la cláusula sexta del contrato No C01,PCCNTR 6166383 10 **DE MIERCOLES DE ABRIL DEL 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: Informes mensuales.
Un Informe final de las actividades realizadas que dé cuenta del termino del contrato de prestación de servicio.

1.7. Informe sobre Registro de Derechos de Autor cuando aplique. (Adjuntar los registros). 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.

Departamento De La Guajira Secretaria de salud 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	

2. INFORME DE EJECUCIÓN ECONÓMICA Y FINANCIERA (9)

Valor inicial del contrato o convenio	$ 14.700.000
Valor adiciones	$3.500.000
Valor total incluidas las adiciones	$ 18.200.000
Valor total ejecutado	$ 18.200.000
Valor pagado o desembolsado al contratista.	$18.200.000
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.

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. SI

Relacionar los números de las planilla de seguridad social

Mes	Números de Planillas de pagos 2024
Abril	4548897088
Mayo	4552712661
Junio	4555627711
Julio	4560724865
Agosto	4565079331
Septiembre	4569578081
Octubre	4573979821
Noviembre	4578972300
Diciembre	4582325670

3.3 OTROS ASPECTOS RELEVANTES

4. INFORME DE EJECUCIÓN ASPECTOS ADMINISTRATIVOS (9)

Se adjunta el informe final desde el **Miercoles 10 de Abril del 2024** , Incluir fecha inicio contrato a **Lunes 30 de Diciembre de 2024**

Par el cumplimiento de las obligaciones contractuales se desarrollo lo siguiente:

Mensualmente se hizo entrega de las cuentas generadas por el desarrollo del presente contrato, previa revisión y visto bueno del coordinador de grupo y firma del supervisor. SI Ver carpeta del Informe final.

5. DOCUMENTOS ADJUNTOS (9)

Se adjuntan evidencias de todas las actividades desarrolladas durante la ejecución del contrato de prestación de servicio COI,PCCNTR 6166383 de 2024 (Las evidencias deben entregarse digitalizadas en un cd o memoria usb organizadas por obligaciones)

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.

Departamento De La Guajira Secretaria de salud 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	

NOTA: *Cuando se adjunte el Informe final en medio magnético, cerciorarse que contenga los ítems Descritos anteriormente y en el mismo orden*

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
- 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 **SIXTA MARIA HERRERA SIERRA, Con C.C. 40.929.357**, durante el periodo de ejecución del contrato, 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)

Carmen Rosa Scott Curiel

CARMEN ROSA SCOTT CURIEL
NOMBRE SUPERVISOR
Director técnico de Seguridad Social
Supervisor Contrato No CO1,PCCNTR 6166383 de 2024

(13) Lugar y Fecha: Riohacha 30 de Diciembre de 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.

Departamento De La Guajira Secretaria de salud 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.	***No. C01,PCCNTR 6166383 DE 2024***		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	***SIXTA MARIA HERRERA SIERRA***		
Nombre del supervisor y/o interventor	**CARMEN ROSA SCOTT CURIEL**	**Teléfono / Extensión**	3163224291
Dependencia	PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI.		
Objeto del contrato	Prestacion de Servicio Como Tecnico Para el Fortalecimiento en la Implementacion De los lineamientos del Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI en los Municipios de la zona norte y demás que se asignen de la Segretaria de Salud Departamental de la Guajira.		
Fecha de inicio Contrato	**10 DE ABRIL 2024**	**Fecha de terminación**	***30 DE DICIEMBRE 2024***

INFORME FINAL DE EJECUCIÓN

	Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto recibido	Observaciones o comentarios del Contratista	% 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.	Elaboracion del plan de trabajo y cronograma de actividades PAI	Plan de trabajo y cronograma de actividades, entregado y aprobado por el supervisor inmediato	Ninguna	100 %
2	Participar en la planeación, organización y desarrollo de las jornadas de vacunación, según lo establecido por los lineamientos PAI del MSPS y de la Secretaria de Salud departamental de La Guajira	Apoyo en la Jornada de intensificaccion vacunación contra influencia y todos los biológicos de programa regular	Estar atenta a los reportes que envían los municipios asignados	Ninguna	100 %
	Participar en la				100 %

Departamento De La Guajira Secretaria de salud Gobernación de La Guajira	PROCESO	Gestion de Contratacion	Código	
	Formato	**INFORME FINAL DE EJECUCIÓN** Certificación Final de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción	Versión	

3	planeación, organización y desarrollo de de la Campaña de Alta Calidad (CVS) para el mantenimiento del plan de sostenibilidad de la eliminación de SR en población de 2 a 11 años.	Recepcionar y entregar las vacunas SR en los municipios asignados y demás que se asignen Participar en video conferencias y de mas actividades que se requieran	Entrega de facturas de entregas de los municipios asignados. Listado de asistencia de los 14 y un distrito	Ninguna		
4	. Participar en la planeación, organización y desarrollo del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19. .	Se participa en video conferencias y capacitación sobre el tema vacunas covid - 19 Recepción y Entrega de las Vacunas covid-19 a Los Municipios zona Norte y los demás Que se asignen.	Entregas de las Vacunas Covid - 19 que se Realizan con el Acompañamiento de la policía Nacional a los Municipios Asignados	Ninguna	100 %	
5	. Garantizar la digitación oportuna y con calidad la información requerida para el control y seguimiento de los inventarios y pedidos de los municipios de la zona norte y demás que se asignen.	Recepción y entrega de biológicos de manera mensual a los Municipios Zona norte y demas Asignados. solicitados a través del PAI WEB	. Facturas de entrega de biológicos de los Municipios asignados	Ninguna	100 %	
6	. Entregar de forma oportuna los biológicos e insumos a los municipios y distrito a través del Sistema de Información PAI. Según cronograma disponible en el área	Recepción y entrega de biológicos de manera mensual a los Municipios Zona norte y demas Asignados. solicitados a través del PAI WEB	Facturas de entrega de biológicos de los Municipios asignados	Ninguna	100 %	
7	Garantizar el descargue de los	Descargue de biológicos del sistema	Factura impresa del descargue de			

Departamento De La Guajira Secretaria de salud Gobernación de La Guajira	PROCESO	Gestion de Contratacion	Código	
	Formato	**INFORME FINAL DE EJECUCIÓN** Certificación Final de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción	Versión	

	biológicos entregados en el sistema de Información nominal, a los municipios de la zona norte y demás que se asignen.	paiwed, según saldo de biológicos entregados a los Municipios asignados	biológico del paiwed a los municipios asignados	Ninguna	100 %	
8	Realizar seguimiento al desarrollo del sistema de información nominal del "PAIWEB".	Se realiza seguimiento al Sistema de información nominal del PAI, a través de la verificación del ingreso de la información uno a uno personal vacunado mensualmente en los Municipios: zona Norte y los demás que Asignen .	. Reporte de Vacunados con su historial vacunal	Ninguna	100 %	
9	Realizar Monitoreo de la temperatura de los equipos de la red de frío que contengan vacuna, de acuerdo al cronograma definido en el Programa Ampliado de Inmunizaciones departamental	Toma de temperatura de las neveras y del cuarto frio queda estipulada para registrar de forma mensual del según cronograma establecido por la coordinadora PAI	Registro de temperatura de sobre los rangos normales del al sin ninguna novedad.	Ninguna	100 %	
10	Realizar periódicamente la limpieza y desinfección del área y equipos de la Cadena de Frio. Según cronograma disponible en el área.	Se realiza limpieza y Desinfección del área de red de frio (cuarto frio y neveras donde se almacenan los biológicos) según cronograma realizado por el coordinador PAI Departamental.	Formatos de limpieza y Desinfección del área de red de frio según cronograma establecido	En el cronograma esta estipulado la limpieza todos lo 30 de cada mes	100 %	

Departamento De La Guajira Secretaria de salud Gobernación de La Guajira	**PROCESO**	**Gestion de Contratacion**	**Código**	
	Formato	**INFORME FINAL DE EJECUCIÓN** Certificación Final de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción	**Versión**	

11	Apoyar en el seguimiento a los requerimientos para el fortalecimiento de las actividades referentes a la gestión y cadena de frío en los municipios	Deligensamiento y entrega del carne de fiebre amarilla,certificaciones a mayores de 60 años y niños solicitados para viajar fuera del país	de usuarios certificados con carne internacional eleborados	Ninguna	100%	
	participar en las acciones establecidas por la secretaria de salud como reuniones, mesas de trabajo y otros espacios interinstitucionales y transectoriales en la relación con la planeación, ejecución y seguimiento de las políticas, planes y programas, en relación con el objeto contractual.	Participacion de segretarios, cordinadores gerentes ESE,IPS EAPB videoconferencia convocadaporla Segretaria de Salud Departamental : asunto mesas de trabajo para la articulación de estrategias del plan de acción de intensificación de vacunación- Programa Ampliado de Imunizaciones	Listado de asistencia	Ninguna	100%	
	Apoyar las reuniones de coordinación intra e intersectorial, para lograr la atención integrar de la población objeto del programa PAI, con funcionarios encargados en las IPS, IPSI, E.S.E que presten servicio de vacunación en los municipios de la zona norte y demás que se asignen en el departamento de la Guajira.	Asistencia a videoconferencia convocada por la MSPS, donde los actores precentes fueron Referente y equipo PAI departamental y Los gestores de las diferentes EAPB que tienen presencia en el departamento de la Guajira, Esto con el fin de establecer compromisos par la mejorar la atención en los servicios de vacu	. Asistencia de los 11 EAPB de precencia en el Departamento de la Guajira..	Ninguna	100%	

Departamento De La Guajira Secretaria de salud Gobernación de La Guajira	PROCESO	Gestion de Contratacion	Código	
	Formato	**INFORME FINAL DE EJECUCIÓN** Certificación Final de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción	Versión	

14	Apoyar en la verificación de los informes de saldos de biológicos entregados por la secretaria de salud departamental en los municipios de la zona norte y demás que se asignen, así mismo las verificaciones de los insumos para la vacunación mensualmente	. Se Verifican las plantilas de dosis aplicadas y movimientos de biológicos e inventario de biológico e insumos para conocer saldo reales	. Se Verifican las plantilas de dosis aplicadas y movimientos de biológicos e inventario de biológico e insumos para conocer saldo reales.	Ninguna	100%	
15	participar en la planeación, organización y desarrollo de las jornadas de vacunación, según lo establecido por los lineamientos PAI del MSPS y de la Secretaria de Salud departamental de La Guajira.	Seguimiento via Telefónica a la Jornada de intensificación a nivel Departamental	Consolidado del reporte de dosis aplicada en la Jornada de intensificación de los municipios asignados	Ninguna	100%	
16	. 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 supervisor.	Me traslado a los siguientes municipios a los cuales realizo apoyo a visita técnica: Distraccion y hatonuevo .	Actas y listado de asistencia de las visitas realizadas	Ninguna	100%	

PRODUCTO FINAL

Revise su contrato y verifique el producto final a entregar

1. Documento que consolide las acciones desarrolladas .....

Se anexa Documento en medio Magnetico Carpeta Producto Final desarrollado oficina del PAI GUAJIRA,en la Numero N° C01,PCCNTR 6166383 DE 2024

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

Firma del Contratista

DICIEMBRE 2024

Nota: Al Informe Final de ejecución del contrato, se anexa Informe Final de Supervision con firma del supervisor en conformidad con el seguimiento, verificación y entrega de productos finales.

02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	40929357
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			SIXTA MARIA HERRERA SIERRA HERRERA SIERRA
CIUDAD/MUNICIPIO:	RIOHACHA	DEPARTAMENTO:	GUAJIRA
DIRECCIÓN:	CLL 14E N 21-70 COOPERATIVO	TELÉFONO:	5555555
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:			4582325670	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	diciembre	AÑO 2024
DIAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/12/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9991003561

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
SUBTOTALES:										**$ 208.000**	**$ 0**	**$ 208.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
CCFC33	CCFC33-EPS FAMILIAR DE COLOMBIA SAS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 162.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 6.800	$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 6.800
SUBTOTALES:									**$ 6.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 6.800**

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES						
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	RESIDENTE REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SALUD							ARP						CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																											ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 40929357	HERRERA SIERRA SIXTA MARIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO	01	30															230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	CCFC33-EPS FAMILIAR DE COLOMBIA SAS	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	$ 40929357	$ 6.800	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 377.300

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	40929357
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SIXTA MARIA HERRERA SIERRA HERRERA SIERRA
CIUDAD/MUNICIPIO:	RIOHACHA	DEPARTAMENTO:	GUAJIRA
DIRECCIÓN:	CLL 14E N 21-70 COOPERATIVO	TELÉFONO:	5555555
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:			4578972300	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)			2024/11/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9990722877

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
SUBTOTALES:										**$ 208.000**	**$ 0**	**$ 208.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
CCFC33	CCF C33-EPS FAMILIAR DE COLOMBIA SAS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 162.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 6.800	$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 6.800
SUBTOTALES:									**$ 6.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 6.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																										PARAFISCALES							
																											PENSIÓN								SALUD						ARP																							
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	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 40929357	HERRERA SIERRA SIXTA MARIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO	30																	230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	CCFC33-EPS FAMILIAR DE COLOMBIA SAS	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 40929357 1.300.000		$ 6.800	$ 0	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 377.300