Bancoomeva

NIT 900.405.150-5

OFICINA Riohacha

CERTIFICA QUE:

El cliente VARGAS CASTAÑEDA YEISY BEATRIZ, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 40942721 de RIOHACHA (GUAJIRA), tiene vínculos financieros con nuestra entidad a través del producto Cuenta de Nomina A No 460100505881, con apertura el día 2015/07/13 la cual se encuentra activa a la fecha y presente un buen manejo.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado a los 18 de mes de septiembre del 2024.

Atentamente,

Colaborador Bancoomeva
Usuario:WEFJ8795

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **40942721**

VARGAS CASTAÑEDA
APELLIDOS

YEISY BEATRIZ
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-OCT-1983**
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

20-SEP-2002 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-4800100-68109113-F-0040942721-20021113 **03325** 02317A 02 129839043

CUENTA DE COBRO

SECRETARIA DE SALUD DE LA GUAJIRA

NIT 892115015-1

DEBE A:

NOMBRE: **YEISY BEATRIZ VARGAS CASTAÑEDA**

IDENTIFICACIÓN: CC **X** NIT ____ No. **40942721** DE **RIOHACHA**

LA SUMA DE: **$ 2.030.000 (DOS MILLONES TREINTA MIL PESOS)M/L**

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

Contrato No.: CO1.PCCNTR.6166661 - 2024

DESEMBOLSO No.: **09PAGO (NOVENO PAGO)**

OBJETO: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO TÉCNICO PARA EL FORTALECIMIENTO EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES DE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE LA GUAJIRA.**

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: **DEL 01 AL 30 DICIEMBRE 2024**

FECHA: **MES DICIEMBRE 2024**

DIRECCION: **CALLE 10 # 1B-40**

CIUDAD: **Riohacha**

TELEFONO: **3136737076**

FIRMA

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

(1) Contrato No.	CO1.PCCNTR.6166661 - 2024		
(2) Nombre del contratista y/o representante legal:	YEISY BEATRIZ VARGAS CASTAÑEDA		
(3) Dirección:	CALLE 10 # 1B-40	(4) Teléfono:	3136737076,00
(5) Cédula y/o NIT:	40.942.721	(6) Correo electrónico:	veisyv425@gmail.com
(7) Nombre (s) del supervisor (es) y/o interventores (es):	CARMEN ROSA SCOTT CURIEL		
(8) Dependencia:	DIRECCION TECNICA DE SEGURIDAD SOCIAL	(9) No. Extensión o teléfono:	3156502135
(10) Objeto:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO TÉCNICO PARA EL FORTALECIMIENTO EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES – PAI, DE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE LA GUAJIRA		
) Plazo de ejecución:	8 MESES Y 20 DIAS		
(12) Fecha de inicio:	10 DE ABRIL	(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	$16.170.000	$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.	4582806784	Fecha	10 de diciembre de 2024
(32) Certificación parafiscales de fecha:			

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

Elcontratista, **YEISY BEATRIZ VARGAS CASTAÑEDA** cumplió con las obligaciones contraídas en el contrato No. CO1.PCCNTR.6166661 - 2024, 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 Dirección administrativa del Talento Humano del Departamento

Por lo anterior, se debe pagar a el/la contratista la suma de **$ 2.030.000 (DOS MILLONES TREITA MIL PESOS)M/L**

(34) **Observaciones:**

(36) DICIEMBRE DEL 2024

CARMEN ROSA SCOTT CURIEL
Supervisor

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

(1) Contrato No.	CO1.PCCNTR.6166661	de	2024	
(2) Nombre del contratista y/o representante legal:			YEISY BEATRIZ VARGAS CASTAÑEDA	
(3) Dirección:	CALLE 10 N° 1B - 40 BARRIO ARRIBA	(4) Teléfono:	3013303731	
(5) Cédula y/o NIT:	40.942.721	(6) Correo electrónico:	yeisyv425@gmail.com	
(7) Nombre (s) del supervisor (es) y/o interventores (es):			CARMEN ROSA SCOTT CURIEL	
(8) Dependencia:	DIRRECION TECNICA DE SEGURIDAD SOCIAL	(9) No. Extensión o teléfono:	3156502135	
(10) Objeto:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO TÉCNICO PARA EL FORTALECIMIENTO EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES – PAI, DE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE LA GUAJIRA			
(11) Plazo de ejecución:	8 MES Y 20 DÍAS			
(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			
Valor desplazamientos: $				
(17) Adición ($):	$3.500.000			
(18) Prórroga (tiempo)	1 MES Y 20 DIAS			
(19) Suspensión				
(20) Cesión:				
(21) Concepto del pago:	Pago FINAL DICIEMBRE / 2024			

RESUMEN FINANCIERO

(22) Valor total contrato (inicial+adición) (vigencia) $	(23) Valor pagado (vigencia) $	(24) Valor Ejecutado (vigencia) $	(25) Saldo a favor (vigencia) $	(25) Saldo liberado (vigencia) $
$ 18.200.000	$ 18.200.000	$ 18.200.000	$ 0	$ 0

Pago aportes salud - pensiones - parafiscales

(27) Salud valor aporte: $	$ 162.500	CUMPLIO	SI
(28) Pensión valor aporte: $	$ 208.000	CUMPLIO	SI
(29) ARL: $	$ 6.800	CUMPLIO	SI
(30) Planilla de pago No.	4582806784	(31) Fecha:	10 de diciembre de 2024
Certificación parafiscales de fecha:			

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

El supervisor y/o interventor, hace constar que el contratista YEISY BEATRIZ VARGAS CASTAÑEDA, entregó los productos y/o prestó los servicios pactados en la cláusula cuarta parágrafo segundo en el **contrato N° CO1.PCCNTR.6166661 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 $	18.200.000,00	conforme a la cláusula ☐ SI ☐ NO	Quinta	del contrato No CO1.PCCNTR.6166661
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 Secretaria de Salud libera la suma de $	$0,00			

(34) Concepto del cumplimiento

Bueno	Regular	Malo
X		

Carmen Rosa Scott Curiel

CARMEN ROSA SCOTT CURIEL

Supervisor (es)/interventor (es)

(36) Fecha: DICIEMBRE 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.	**CO1.PCCNTR.6166661 - 2024**		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	**YEISY BEATRIZ VARGAS CASTAÑEDA**		
Nombre del supervisor(a) y/o interventor	**CARMEN ROSA SCOTT CURIEL**	**Teléfono / Extensión**	**3156502135**
Dependencia	**DIRECCIÓN TÉCNICA DE SEGURIDAD SOCIAL**		
Objeto del contrato	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO TÉCNICO PARA EL FORTALECIMIENTO EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES – PAI, DE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE LA GUAJIRA**		
Fecha de inicio	**10 DE ABRIL 2024**	**Fecha de terminación**	**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, 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
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.	Participacion en la Jornada de vacunacion, realizada en los municipios de la jagua del pilar, Urumita, Villanueva, Molino, Dibulla, Maicao y distrito de Riohacha, realizada el dia 30 de Noviembre del presente año.	Reportes de dosis aplicadas de esquema regular.	Ninguna
3.	Participar en la 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 1 a 11 años.	Seguimiento y monitoreo a los municipios asignados para el apoyo a la campaña de SR y el reporte semanal de dosis aplicadas.	Reportes de dosis aplicadas a población de 1 – 11 años, vacunos con S-R .	Ninguna
4.	Participar en la planeación, organización y desarrollo del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19.	Monitoreo, segimiento y apoyo a las entregas y traslado de vacunas COVID-19, a los municipios asignados con el fin de cumplir con las metas del plan nacional de vacunación contra covid-19.	Reporte De Dosis Aplicadas De Vacunas Contra Covid - 19.	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 y concurrencia al Distrito de Riohacha.	Se confrontan facturas entregadas y movimiento de biológicos a municipios asignados, en plantillas digitalizadas, durante los dias del 8 al 19 de agosto encontrando coherencia en la información.	Verificación de plantillas de entregas de biológicos.	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

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.	Se relaizan entregas de biológicos según solicitud del coordinador de los Minucipios asignados la jagua del pilar, Urumita, Villanueva, Molino, Dibulla, Maicao y distrito de Riohacha.	Facturas de biológicos de entregas correspondientes al mes de Diciembre del 2024	Ninguna
7.	Garantizar el descargue de los biológicos entregados en el sistema de Información nominal, de los municipios y concurrencia al Distrito de Riohacha.	Se realizan traslados de vacunas del esquema regular y Covid-19, de manera inmediata por medio de la plataforma o sistema de información PAIWEB.	Notificacionde traslados a los municipios por medio del sistema	Ninguna
8.	Garantizar el descargue de los biológicos entregados en el sistema de Información nominal, de los municipios y concurrencia al Distrito de Riohacha.	Se relaiza seguimiento de biológicos entregados por medio del aplicativo PAIWEB y asi dejar bajo observación aquellos Municipios que a la fecha no allan recepcionado sus pedidos.	Seguimiento a traslados durante le mes de agosto del presente año.	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.	Monitoreo diario de la temperatuara mañana y tarde al cuarto frio y los equipos de red de frio de acuerdo al cronograma definido por la coordinadora del programa PAI, asi verificar que la cadena de frio este en su normal funcionamiento.	Monitoreo y trazabilidad de formatos de temperaturas entre los rangos normal durante el mes de Diciembre del 2024.	Ninguna
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 los últimos 5 dias del mes de Diciembre.	Ninguna
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.	Se realiza inventario de biológicos de red de frio e insumos del Promagrama PAI.	Conteo de cada uno de los biológicos e insumos, para la realización del movimiento mensual los últimos 5 dias de Diciembre 2024.	Ninguna
12	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 en videoconferencia convocadas por la Secrearia de Salud Deparatmanetal, a los 6 Municipios, 1 Distrito y las EAPB, para establecer estrategias referenhtes al programa PAI y la gestión del recurso humano y logística necesaria para las campañas del PAI.	Listado de asistencia de los 6 Municipios y 1 Distrito.	Ninguna
13	Apoyar la 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 el departamento de la Guajira.	Asistencia a videoconferencia los dias 4, 8 y 10 del mes de julio del presente año, convocada por la MSPS, donde los actores precentes fueron Referentes y equipos PAI Departamental y Los gestores de las diferentes EAPB que tienen presencia en el departamento de la	Asistencia de los 9 Gestores de EAPB y coordinadores de las E.S.E, IPS y IPSI que tiene precencia en el Departamento de la Guajira.	

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

		Guajira, Esto con el fin de establecer compromisos par la mejorar la atención en los servicios, Jornada Nacional de Vacunación y campaña de SR.		Ninguna
14	Apoyar en la verificación de los informes de saldos de biológicos entregados por la secretaria de salud departamental de los municipios asignados y un distrito, además de la verificaciones los insumos para la vacunación mensualmente	Verificar de plantills de dosis aplicadas y movimientos de biológicos e inventario de biológico e insumos para conocer saldo reales.	Plantillas de dosis aplicadas y movimiento de biológicos verificadas se realizan los primero 10 días de Diciembre del 2024.	Ninguna
15	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 asignado o por necesidad de la Secretaria de Salud departamental de La Guajira.	Traslado a los Municipios de Urumita, la jagua y a la Jornada de Nacional de vacunación el dia 30 de Noviembre del año en curso.	Reporte en anexo 6.	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.
5. **NOTA:** El presente informe se presenta y radica antes de la terminación del contrato, ya que por temas Administrativos de la Secretaria de Hacienda del Departamento de La Guajira, haci lo requiere por temas de cierre fiscal 2024.
6. De igual manera el contratista se compromete a terminar y cumplir sus actividades hasta el 9 de Noviembre del 2024, como se encuentra estipula en el contrato.

OBSERVACIONES

En constancia, firmo:

CARMEN ROSA SCOTT CURIEL
Supervisor(a)

Lugar y Fecha: Riohacha, La Guajira DICIEMBRE 2024

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

Contrato No.	**CO1.PCCNTR.6166661 - 2024**		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	YEISY BEATRIZ VARGAS CASTAÑEDAS		
Nombre del supervisor y/o interventor	**CARMEN ROSA SCOTT CURIEL**	**Teléfono / Extensión**	**3156502135**
Dependencia	DIRECCIÓN TECNICA DE SEGURIDAD SOCIAL.		
Objeto del contrato	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO TÉCNICO PARA EL FORTALECIMIENTO EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES – PAI, DE LA SECRETARIA 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
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, durante los meses de febrero hasta el mes de junio del presente año.	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.	Participacion en la Jornada de Intencificacion de vacunacion, realizada en los municipios de la jagua del pilar, Urumita, Villanueva, Molino, Dibulla, Maicao y distrito de Riohacha, realizadas durante los meses de abril, mayo, junio, julio, agosto, septiembre, octubre noviembre y Diciembre del presente año.	Reportes de dosis aplicadas de esquema regular.	100%
3.	Participar en la 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 1 a 11años.	Seguimiento y monitoreo a los municipios asignados para el apoyo a la campaña de SR y el reporte semanal de dosis aplicadas.	Reportes de dosis aplicadas a población de 1 – 11 años, vacunos con S-R durante los meses de febrero hasta el mes de junio del presente	100%

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

			año.	
4.	Participar en la planeación, organización y desarrollo del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19.	Monitoreo y apoyo a los raslado de vacunas COVID-19, municipios asignados con el fin de cumplir con las metas del plan nacional de vacunación contra covid-19.	REPORTE DE DOSIS APLICADAS DE VACUNAS CONTRA COVID -19.	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 y concurrencia al Distrito de Riohacha.	Se confrontan facturas entregadas y movimiento de biológicos a municipios asignados, en plantillas digitalizadas, encontrando coherencia en la información y asi se solicita la autoriazacion para su procima entrega de biológicos.	Verificación de plantillas de entregas de biológicos durante los meses de abril hasta el mes de Diciembre del presente año..	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.	Se relaizan entregas de biológicos según solicitud del coordinador de los Minucipios asignados la jagua del pilar, Urumita, Villanueva, Molino, Dibulla, Maicao y distrito de Riohacha.	Facturas de biológicos entregados correspondientes a los meses de abril, mayo, junio, julio, agosto, septiembre, octubre noviembre y Diciembre del presente año.	100%
7.	Garantizar el descargue de los biológicos entregados en el sistema de Información nominal, de los municipios y concurrencia al Distrito de Riohacha.	Se realizan traslados de vacunas del esquema regular Y COVID-19, de manera inmediata por medio de la plataforma o sistema de información PAIWEB.	Notificacionde traslados a los municipios por medio del sistema a los 6 municipios y 1 distrito asignados.	100%
8.	Garantizar el descargue de los biológicos entregados en el sistema de Información nominal, de los municipios y concurrencia al Distrito de Riohacha.	Se relaiza seguimiento de biológicos entregados por medio del aplicativo PAIWEB y asi dejar bajo observación aquellos Municipios que a la fecha no allan recepcionado sus pedidos.	Seguimiento a traslados.	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	Monitoreo diario de la temperatuara mañana y tarde al cuarto frio y los equipos de red de frio de acuerdo al cronograma definido por la	Monitoreo y trazabilidad de formatos de temperaturas entre los rangos normal (+2 a	100%

	departamental.	coordinadora del programa PAI, asi verificar que la cadena de frio este en su normal funcionamiento.	+8°c)	
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, durante los meses de febrero hasta el mes de junio del presente año. .	En el cronograma esta estipulado la limpieza todos lo 30 de cada mes
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.	Se realiza inventario de biológicos de red de frio e insumos del Promagrama PAI.	Conteo de cada uno de los biológicos e insumos, para la realización del movimiento mensual.	100%
12.	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 en videoconferencia convocadas por la Secrearia de Salud Deparatmanetal, a los 6 Municipios, 1 Distrito y las EAPB, para establecer estrategias referenhtes al programa PAI y la gestión del recurso humano y logística necesaria para las campañas del PAI.	Listado de asistencia de los 6 Municipios y 1 Distrito.	100%
13.	Apoyar la 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 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 vacunación y campaña de SR.	Asistencia de los 11 EAPB y coordinadores de las E.S.E, IPS y IPSI que tiene precencia en el Departamento de la Guajira.	100%
14.	Apoyar en la verificación de los informes de saldos de biológicos entregados por la secretaria de salud	Verificar de plantills de dosis aplicadas y movimientos de biológicos e inventario de	Plantillas de dosis aplicadas y movimiento de biológicos verificadas.	

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

	departamental de los municipios asignados y un distrito, además de la verificaciones los insumos para la vacunación mensualmente	biológico e insumos para conocer saldo reales.		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.	Apoyo a los municipios del Molino, La Jagua del Pilar, Urumita, Dibulla y Distrito de Riohacha, en la Jornadas nacionales y locales de vacunación realizadas en el periodo contractual.	Participación de jornada de los 6 Mucipios asignados y un Distrito de Riahacha.	Cumplimiento de actividades de la Jornada en un 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 asignado o por necesidad de la Secretaria de Salud departamental de La Guajira.	Me traslade a los Municipios asignados durante los meses de abril hasta el mes de diciembre del presente año, a apoyando en la asistencia técnica.	Formato en EXCEl debidamente deligenciado.	100%

PRODUCTO FINAL

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

Se anexa Documento en medio Magnetico Carpeta Producto Final desarrollado en el programa ampliado de inmunización de La GUAJIRA,en la Numero N° **CO1.PCCNTR.6166661 - 2024**
Hago constar que durante el periodo reportado se adelantaron las anteriores obligaciones y/o actividades.

Jeisy Vargas.

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.

Secretaría de Salud	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Código	
	Formato	Informe final de supervisión Certificación final de ejecución, cumplimiento y recibo definitivo a satisfacción	Versión	

(1) Contrato No.	CO1.PCCNTR.6166661 - 2024			
(2) Nombre del Contratista y/o Representante Legal:	YEISY BEATRIZ VARGAS CASTALLEDA			
(3) Nombre del supervisor y/o interventor:	CARMEN ROSA SCOTT CURIEL			
(4) Dependencia:	PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION " PAI"			
(5) No. extensión o teléfono del supervisor:	3156502135			
(6) Objeto del contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO TÉCNICO PARA EL FORTALECIMIENTO EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES – PAI, DE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE LA GUAJIRA			
(7) Fecha de inicio:	10 DE ABRIL 2024	(8) Fecha terminación:	30 DE DICIEMBRE 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 2024**

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

1.4. Ejecución del contrato o convenio: **CO1.PCCNTR.6166661 - 2024**

La contratista realizó las actividades encomendadas conforme a las obligaciones contractuales durante el periodo comprendido entre el 10 de abril hasta el 30 de Diciembre del año en curso. Es así que de acuerdo al plan de trabajo propuesto, presentado y aprobado prestación de servicios como técnico para el fortalecimiento en la implementación de los lineamientos del programa ampliado de inmunizaciones de la secretaria de salud departamental de la guajira.
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 6 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 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.

Unidos por el Cambio Secretaría de Salud	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 a la **cláusula quinta** del **contrato No CO1.PCCNTR.6166661 - 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:

Nueve (9) Informe mensual, que dieron cuenta de las siguientes obligaciones especificas del contrato **CO1.PCCNTR.6166661.**

- 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.
- 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.
- Participar en la 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 1 a 10 años.
- Participar en la planeación, organización y desarrollo del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19.
- Garantizar la digitación oportuna y con calidad la información requerida para el control y seguimiento de los inventarios y pedidos de los municipios y concurrencia al Distrito de Riohacha.
- 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.
- Garantizar el descargue de los biológicos entregados en el sistema de Información nominal, de los municipios y concurrencia al Distrito de Riohacha.
- Garantizar el descargue de los biológicos entregados en el sistema de Información nominal, de los municipios y concurrencia al Distrito de Riohacha.
- 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.
- Realizar periódicamente la limpieza y desinfección del área y equipos de la Cadena de Frio. Según cronograma disponible en el área.
- Apoyar en el seguimiento a los requerimientos para el fortalecimiento de las actividades referentes a la gestión y cadena de frío en los municipios.
- 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.
- Apoyar la 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 el departamento de la Guajira.
- Apoyar en la verificación de los informes de saldos de biológicos entregados por la secretaria de salud departamental de los municipios asignados y un distrito, además de la verificaciones los insumos para la vacunación mensualmente
- 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.
- 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 asignado o por necesidad de la Secretaria de Salud departamental de La Guajira.

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.

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	0
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

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

Relacionan los números de las planilla de seguridad social

Meses	N° Planillas
Abril 2024	9465765270
Mayo 2024	4553838456
Junio 2024	4553846432
Julio 2024	4561679537
Agost 2024	4570413523
Sept 2024	4570416654
Oct 2024	4574086705
Nov 2024	4578727421
Dic 2024	4582806784

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.

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

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**
- 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 **YEISY BEATRIZ VARGAS CASTAÑEDA , con CC. 40.942.721**, durante el periodo de ejecución del contrato N° CO1.PCCNTR.6166661 - 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 CO1.PCCNTR.6166661 – 2024.

(13) Lugar y Fecha: 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.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

soi — Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN.	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN.	40942721
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL.			YEISY BEATRIZ VARGAS CASTANEDA VARGAS CASTANEDA
CIUDAD/MUNICIPIO.	RIOHACHA	DEPARTAMENTO.	GUAJIRA
DIRECCIÓN.	CALLE 10 18 42	TELÉFONO.	4111111
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.		4578727421	TIPO DE PLANILLA.			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	noviembre AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD.	MES	noviembre AÑO	2024
DÍAS DE MORA.		5				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/12/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN.			9991056105

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 700	$ 0	$ 208.000	$ 700	$ 208.700
SUBTOTALES:										$ 208.000	$ 700	$ 208.700

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
EPSIC4	EPSIC4-ANAS WAYUU EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 600	$ 0	$ 162.500	$ 600	$ 0	$ 163.100
SUBTOTALES:													$ 162.500	$ 600	$ 0	$ 163.100

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 COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 6.800	$ 6.800	$ 100	$ 0	$ 6.900
SUBTOTALES:									$ 6.800	$ 100	$ 0	$ 6.900

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 40942721	VARGAS CASTANEDA YEISY BEATRIZ	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
EPSIC4-ANAS WAYUU EPS	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-23-POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	40942721	$ 6.800

PARAFISCALES

DÍAS 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	$ 378.700

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI — Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	40942721
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			YEISY BEATRIZ VARGAS CASTANEDA VARGAS CASTANEDA
CIUDAD/MUNICIPIO:	RIOHACHA	DEPARTAMENTO:	GUAJIRA
DIRECCIÓN:	CALLE 10 1B 42	TELÉFONO:	4111111
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:	4582806784	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:	9991058154

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
SUBTOTALES:										$ 208.000	$ 0	$ 208.000

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	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	VALOR PAGADO
EPSIC4	EPSIC4-ANAS WAYUU EPS	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

CÓDIGO	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	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

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 40942721	VARGAS CASTANEDA YEISY BEATRIZ	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000			NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	EPSIC4-ANAS WAYUU EPS	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	40942721	$ 6.800

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 377.300

Planilla Pagada