

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	ps-4876-2018	C.D.P. No.:	2423	Proceso al que pertenece:	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - ESPACIO EDUCATIVO
Nombre del Contratista:	DIANA CAROLINA LOMBANA FLOREZ			C.C.	1.010.175.486 de: BOGOTA
Fecha Inicio:	2018-07-09	Fecha Terminación inicial:	2018-08-08	Valor Mensual:	\$ 1.500.000
				Valor a cobrar:	\$ 1.100.000

ADICIÓN/OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	\$ 1.100.000	\$ 257.500	8328720804
2				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	\$ 1.500.000	\$ 1.500.000	\$ 1.100.000	\$ 400.000

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO HIGIENISTA ORAL DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2018-07-09 Hasta: 2018-07-31

OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la oferta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FPD y la ESE	Primer monitoreo a la calidad del cepillado en colegios
2. E. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital.	Presentación de proceso de preauditoria con los productos conforme aperturas efectuadas. Asistencia a procesos de apropiación conceptual.
3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Entrega de cronograma de las actividades programadas.
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.

En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

DIANA CAROLINA LOMBANA FLOREZ
Firma del Contratista

C.C. 1.010.175.486 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	JHONNY HERNANDEZ
CARGO:	REFERENTE ESPACIO EDUCACION
FIRMA	<i>J</i>

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): DIANA CAROLINA LOMBANA FLOREZ
No. Identificación: CC1010175486
Dirección: CRA 1 D 41 36
Telefono: 7031293
Correo: dcarolinalf@outlook.es
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8328720804

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	DIANA CAROLINA LOMBANA FLOREZ
Tipo y número de identificación	CC1010175486
Número de planilla	8328720804
Fecha pago	2018-07-24
Número de autorización pago	1000000214
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	julio de 2018
Periodo de Cotización Pensión	julio de 2018
Número de Administradoras	4
Total Pagado	257900
Total Intereses de Mora	400

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolívar S.A.	19200	1
230301	Porvenir	125100	1
CCF21	Cafam Caja de Compensación Fijar	15800	1
EPS008	Compensar EPS	97800	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1010175486
APELLIDOS Y NOMBRES: DIANA CAROLINA LOMBANA FLOREZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	781242	781242	781242	781242	97700	0	125000	0	19100	0

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: C.D.P. No.: Proceso al que pertenece:
Unidad a la que pertenece:
Nombre del Contratista: C.C. de:
Fecha Inicio: Fecha Terminación Inicial: Valor Mensual: Valor a cobrar:

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	\$ 1.500.000	2807	2018-08-09	2018-09-08
2				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	\$ 1.100.000	\$ 257.500	8328720804
2	AGOSTO	\$ 1.500.000	\$ 248.300	8329369227
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	\$ 1.500.000	\$ 3.000.000	\$ 2.600.000	\$ 400.000

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO HIGIENISTA ORAL DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo:		Desde:	Hasta:
		<input type="text" value="2018-08-01"/>	<input type="text" value="2018-08-31"/>
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN		
1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FPD y la ESE	Primer monitoreo a la calidad del cepillado en colegios		
2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital.	Presentación de proceso de preauditoria con los productos conforme aperturas efectuadas. Asistencia a procesos de apropiación conceptual.		
3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Entrega de cronograma de las actividades programadas.		
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.

En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

CAROLINA LOMBANA
Firma del Contratista

C.C. de

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	JHONNY HERNANDEZ
CARGO:	REFERENTE ESPACIO EDUCACION
FIRMA	<i>Jeh</i>

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): DIANA CAROLINA LOMBANA FLOREZ
No. Identificación: CC1010175486
Dirección: CRA 1 D 41 36
Telefono: 7031293
Correo: dcarolinalf@outlook.es
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8329369227

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	DIANA CAROLINA LOMBANA FLOREZ
Tipo y número de identificación	CC1010175486
Número de planilla	8329369227
Fecha pago	2018-08-21
Número de autorización pago	1000000240
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	agosto de 2018
Periodo de Cotización Pensión	agosto de 2018
Número de Administradoras	4
Total Pagado	257500
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolívar S.A.	19100	1
230301	Porvenir	125000	1
CCF21	Cafam Caja de Compensación Filiar	15700	1
EPS008	Compensar EPS	97700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1010175486
APELLIDOS Y NOMBRES: DIANA CAROLINA LOMBANA FLOREZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	781242	781242	781242	781242	97700	0	125000	0	19100	0

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: ps-4876-2018 C.D.P. No.: 2423 Proceso al que pertenece: PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA - ESPACIO EDUCATIVO
Nombre del Contratista: DIANA CAROLINA LOMBANA FLOREZ C.C. 1.010.175.486 de: BOGOTA
Fecha Inicio: 2018-07-09 Fecha Terminación inicial: 2018-08-08 Valor Mensual: \$ 1.500.000 Valor a cobrar: \$ 1.550.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	\$ 1.500.000	2807	2018-08-09	2018-09-08
2	\$ 5.955.000	2837	2018-09-09	2019-01-03
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	\$ 1.100.000	\$ 257.500	8328720804
2	AGOSTO	\$ 1.500.000	\$ 248.300	8329369227
4	SEPTIEMBRE	\$ 1.550.000	\$ 248.300	8329369227
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	\$ 1.500.000	\$ 8.955.000	\$ 4.150.000	\$ 4.805.000

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO HIGIENISTA ORAL DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2018-09-01 Hasta: 2018-09-30

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE	Primer monitoreo a la calidad del cepillado en colegios
2. E. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital.	Presentación de proceso de preauditoria con los productos conforme aperturas efectuadas. Asistencia a procesos de apropiación conceptual.
3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Entrega de cronograma de las actividades programadas.
4. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	Acciones en instituciones educativas en salud
5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal	Participación en jornada de salud
6. Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversa	Diligenciamiento de acciones colectivas y a actas
7	
8	
9	
10	

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Carolina L
Firma del Contratista
C.C. 1.010.175.486 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	JHONNY HERNANDEZ
CARGO:	REFERENTE ESPACIO EDUCACION
FIRMA	<i>Johy</i>

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): DIANA CAROLINA LOMBANA FLOREZ
No. Identificación: CC1010175486
Dirección: CRA 1 D 41 36
Teléfono: 7031293
Correo: dcarolinalf@outlook.es
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8329369227

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	DIANA CAROLINA LOMBANA FLOREZ	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC1010175486	Periodo de Cotización Salud	agosto de 2018
Número de planilla	8329369227	Periodo de Cotización Pensión	agosto de 2018
Fecha pago	2018-08-21	Número de Administradoras	4
Número de autorización pago	1000000240	Total Pagado	257500
Banco	1001	Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolívar S.A.	19100	1
230301	Porvenir	125000	1
CCF21	Cafam Caja de Compensación Elías	15700	1
EPS008	Compensar EPS	97700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1010175486
APELLIDOS Y NOMBRES: DIANA CAROLINA LOMBANA FLOREZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	781242	781242	781242	781242	97700	0	125000	0	19100	0

ADICIÓN No. 2, PRORROGA No. 2 Y MODIFICACIÓN No. 1 AL CONTRATO No. PS 4876 2018 SUSCRITO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y DIANA CAROLINA LOMBANA FLOREZ con C.C No. 1.010.175.486

Entre los suscritos a saber, por una parte, **LUIS FERNANDO PINEDA ÁVILA**, mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Bogotá, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 79.269.492 de Bogotá, D.C., en su calidad de Ordenador del gasto de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, de conformidad con la delegación conferida a través de la Resolución No. 284 del veintisiete (27) de junio de dos mil dieciocho (2018) expedida por la Gerente, quien en adelante se denominará la **SUBRED** y por otra parte **DIANA CAROLINA LOMBANA FLOREZ**, también mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. **1.010.175.486**, quien en adelante se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar la presente adición, prórroga y modificación previa las siguientes consideraciones: 1) Que, la contratación de las Empresas Sociales del Estado se rige por el Derecho Privado, de conformidad con el numeral 6 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993, el Acuerdo 27 de 2017- Estatuto de Contratación y Resolución 794 de 2017- Manual de contratación de la Subred. 2.) Que con fecha 09 DE JULIO DE 2018, se suscribió el contrato de prestación de servicios No. PS 4876 2018, cuyo objeto consiste en "PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO HIGENISTA ORAL DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.. 3) Que el plazo de ejecución se pactó hasta el 8 DE SEPTIEMBRE DE 2018. 4) Que el valor del contrato se pactó en la suma de TRES MILLONES PESOS M/CTE (\$3.000.000.00). 5.) Que con base en las disposiciones de la Resolución 794 de 2017- Manual de contratación de la Subred vigente, numeral 3.2.3. Inciso tercero: "Los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, podrán adicionarse cuantas veces sea necesario, dentro de la misma vigencia fiscal, siempre y cuando el objeto del Contrato no sea modificado. No obstante, las adiciones no superaran el mes de enero del siguiente año". 6) Que, conforme a lo dispuesto en el parágrafo de la cláusula décima segunda del contrato, la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E queda facultada para prorrogar y adicionar cuantas veces sea necesario dentro de los doce (12) meses siguientes a la suscripción del contrato siempre que exista una justificación que soporte la adición y las condiciones del mismo lo permitan. 7) Que, en la solicitud de modificación suscrita por el supervisor del contrato y avalada por el ordenador del gasto "se solicita adición, prórroga y modificación al contrato para dar cumplimiento a las actividades establecidas y contenidas en los lineamientos del contrato del plan de intervenciones colectivas pspic n.466100-2018 con vigencia julio a enero del 2019 y suscrito entre el fondo financiero distrital y la subred integrada de servicios de salud centro oriente e.s.e. se solicita modificar el contrato de prestación de servicios así: 1). cláusula segunda. obligaciones del contratista específicas para adicionar las siguientes obligaciones: "apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. "realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal. "diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal. 2). cláusula quinta forma de pago. modificar el valor del pago mensual a un millón quinientos cincuenta mil pesos (\$1.550.000) a partir del 01 de septiembre de 2018." En virtud de las anteriores consideraciones, las partes suscriben la presente adición, prórroga y modificación que se registrará por las siguientes Cláusulas: **CLÁUSULA PRIMERA:** Modificar la cláusula segunda "**OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA**" - **ESPECÍFICAS:** las cuales quedarán así: **ESPECÍFICAS:** 1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la E.S.E. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el contrato suscrito con el fondo financiero distrital. 3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 4. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal. 6. Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Modificar la cláusula quinta "FORMA DE PAGO" la cual quedará así: **FORMA DE PAGO:** LA SUBRED pagará al contratista el valor estipulado en la Cláusula anterior correspondiente a los honorarios pactados, entendidos estos como la contraprestación a los servicios pactados del 1 al 30 de cada mes, mensualmente. Se estipula que el valor mensual a partir del 01 de Septiembre de 2018, es la suma de UN MILLON QUINIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE (\$1.550.000). El pago se efectuará previa certificación de cumplimiento expedida por el supervisor del contrato y dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la presentación y radicación de la cuenta de cobro y/o documento equivalente. El contratista deberá acreditar afiliación vigente como cotizante, al Sistema de Seguridad Social Integral en salud, pensión y Administración de Riesgos Laborales. **CLÁUSULA TERCERA:** Prorrogar el plazo de ejecución por TRES (03) MESES Y 25 (VEINTICINCO) DIAS. **CLÁUSULA CUARTA:** Adicionar el valor del contrato en la suma de CINCO MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE (\$5.955.000.00). **CLÁUSULA QUINTA: IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL:** El valor de esta adición se cancelará con cargo al certificado de disponibilidad presupuestal No. 2857 del 21 DE AGOSTO DE 2018. **CLÁUSULA SEXTA: VIGENCIA DE LAS DEMÁS CLÁUSULAS:** La presente adición, prórroga y modificación sólo surte efectos en el clausulado que se modifica, las demás estipulaciones continúan vigentes y sin modificaciones. Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá, D.C., el 08 DE SEPTIEMBRE DE 2018.

POR LA SUBRED

POR EL CONTRATISTA

LUIS FERNANDO PINEDA ÁVILA
SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD

DIANA CAROLINA LOMBANA FLOREZ
C.C. No. 1.010.175.486

Las actuaciones de los Usuarios en el SECOP II comprometen a la Entidad Estatal o al Proveedor del cual son agentes. La autenticación del SECOP II, es decir, el nombre de usuario y la contraseña constituyen una firma electrónica en los términos del artículo 7 de la Ley 527 de 1999 y las normas que la reglamentan.

Los abajo firmantes, certificar que hicieron revisión de este documento y que la información ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.

Elaboró: Yanessa Likhyn – Apoyo Administrativo Dirección Contratación OPS

I. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: C.D.P. No.: Proceso al que pertenece:
Unidad a la que pertenece:
Nombre del Contratista:
C.C. de:
Fecha Inicio: Fecha Terminación inicial:
Valor Mensual: Valor a cobrar:

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	\$ 1.500.000	2807	2018-08-09	2018-09-08
2	\$ 5.955.000	2857	2018-09-09	2019-01-03
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	\$ 1.100.000	\$ 257.500	8328720804
2	AGOSTO	\$ 1.500.000	\$ 248.300	8329369227
4	SEPTIEMBRE	\$ 1.550.000	\$ 248.300	8329369227
5	OCTUBRE	\$ 1.550.000	\$ 248.300	8330460010
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	\$ 1.500.000	\$ 8.955.000	\$ 5.700.000	\$ 3.255.000

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO HIGIENISTA ORAL DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: Desde: Hasta:

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE	Primer monitoreo a la calidad del cepillado en colegios
2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital.	Presentación de proceso de preauditoria con los productos conforme a las aperturas efectuadas. Asistencia a procesos de apropiación conceptual.
3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Entrega de cronograma de las actividades programadas.
4. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	Acciones en instituciones educativas en salud
5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal	Participación en jornada de salud
6. Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal	Diligenciamiento de acciones colectivas y a actas
7	
8	
9	
10	

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

DIANA CAROLINA LOMBANA
Firma del Contratista

C.C. de

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	JHONNY HERNANDEZ
CARGO:	REFERENTE ESPACIO EDUCACION
FIRMA	<i>Jey</i>

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): DIANA CAROLINA LOMBANA FLOREZ
No. Identificación: CC1010175486
Dirección: CRA 1 D 41 36
Telefono: 7031293
Correo: dcarolinalf@outlook.es
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8330460010

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	DIANA CAROLINA LOMBANA FLOREZ
Tipo y número de identificación	CC1010175486
Número de planilla	8330460010
Fecha pago	2018-10-17
Número de autorización pago	1000000739
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2018
Periodo de Cotización Pensión	septiembre de 2018
Número de Administradoras	4
Total Pagado	257500
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolívar S.A.	19100	1
230301	Porvenir	125000	1
CCF21	Cafam Caja de Compensación Fliar	15700	1
EPS008	Compensar EPS	97700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1010175486
APELLIDOS Y NOMBRES: DIANA CAROLINA LOMBANA FLOREZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	781242	781242	781242	781242	97700	0	125000	0	19100	0

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: ps-4876-2018 C.D.P. No.: 2423 Proceso al que pertenece: PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA - ESPACIO EDUCATIVO
Nombre del Contratista: DIANA CAROLINA LOMBANA FLOREZ C.C. 1.010.175.486 de: BOGOTA
Fecha Inicio: 2018-07-09 Fecha Terminación inicial: 2018-08-08 Valor Mensual: \$ 1.550.000 Valor a cobrar: \$ 1.550.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	\$ 1.500.000	2807	2018-08-09	2018-09-08
2	\$ 5.955.000	2857	2018-09-09	2019-01-03
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	\$ 1.100.000	\$ 257.500	8328720804
2	AGOSTO	\$ 1.500.000	\$ 241.800	8329369227
4	SEPTIEMBRE	\$ 1.550.000	\$ 241.800	8329369227
5	OCTUBRE	\$ 1.550.000	\$ 241.800	8330460010
6	NOVIEMBRE	\$ 1.550.000	\$ 241.800	8331087294
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	\$ 1.500.000	\$ 8.955.000	\$ 7.250.000	\$ 1.705.000

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO HIGIENISTA ORAL DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el peri Desde: 2018-11-01 Hasta: 2018-11-30

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA
1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE	Primer monitoreo a la calidad del cepillado en colegios
2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital.	Presentacion de proceso de preauditoria con los productos conforme aperturas efectuadas. Asistencia a procesos de apropiacion conceptual.
3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Entrega de cronograma de las actividades programadas.
4. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	Acciones en instituciones educativas en salud
5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal	Participacion en jornada de salud
6. Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversa	Diligenciamiento de acciones colectivas y a actas
7	

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria

CAROLINA LOMBANA
Firma del Contratista

C.C. 1.010.175.486 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	JHONNY HERNANDEZ
CARGO:	REFERENTE ESPACIO EDUCACION
FIRMA	

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): DIANA CAROLINA LOMBANA FLOREZ
 No. Identificación: CC1010175486
 Dirección: CRA 1 D 41 36
 Telefono: 7031293
 Correo: dcarolinalf@outlook.es
 Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
 Número de Planilla: 8330460010

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	DIANA CAROLINA LOMBANA FLOREZ
Tipo y número de Identificación	CC1010175486
Número de planilla	8330460010
Fecha pago	2018-10-17
Número de autorización pago	1000000739
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2018
Periodo de Cotización Pensión	septiembre de 2018
Número de Administradoras	4
Valor pagado	257500
Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA
14-7
230301
CCF21
EPS008

TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
19100	1
125000	1
5700	1
	1

TIPO DOC.: CC
 NO. DOCUMENTO: 1010175486
 APELLIDOS Y NOMBRES: DIANA CAROLINA LL

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	
EPS008	230301	781242	781242	781242	781242	9770

Bancode Bogotá
 NIT. 880.002.904-4
 Esta transacción está sujeta a verificación posterior. El cobro de los cheques depositados se recibe "Salvo buen cobro" de manera que la operación solo se entiende efectiva si el (los) cheque(s) es (son) pagado(s) por el (los) banco(s) librados. En caso de que el (los) cheque(s) sea (sean) devuelto(s) sin pago, esta operación se reversará y el (los) titular(es) de la cuenta en la que se deposita (ron). En consecuencia, el comprobante de pago que se entrega al depositario timbrado por el Banco, no implica constancia de pago respecto a las sumas no consignadas en efectivo.
 El pago con tarjeta Débito/Crédito aplica únicamente para convenios de empresas autorizadas. En caso de inconvenientes comuníquese con la entidad emisora de su tarjeta.
 Verifique que la información impresa en este formato sea correcta

Comprobante de Recaudos
 ESPACIO PARA EL TIMBRE

Valor \$

21303332 (CRE_FOR_005 V1 25/10/2016)

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): DIANA CAROLINA LOMBANA FLOREZ
No. Identificación: CC1010175486
Dirección: CRA 1 D 41 36
Telefono: 7031293
Correo: dcarolinalf@outlook.es
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8331087294

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	DIANA CAROLINA LOMBANA FLOREZ
Tipo y número de identificación	CC1010175486
Número de planilla	8331087294
Fecha pago	2018-11-16
Número de autorización pago	1000000291
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	octubre de 2018
Periodo de Cotización Pensión	octubre de 2018
Número de Administradoras	4
Total Pagado	257500
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolívar S.A.	19100	1
230301	Porvenir	125000	1
CCF21	Cafam Caja de Compensación Fliar	15700	1
EPS008	Compensar EPS	97700	1

TIPO DOC.: CC
NÓ. DOCUMENTO: 1010175486
APELLIDOS Y NOMBRES: DIANA CAROLINA LOMBANA FLOREZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	781242	781242	781242	781242	97700	0	125000	0	19100	0