

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				
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	\$ 245.300	8480889301
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: 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 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

MARIANA OROZCO M.

Firma del Contratista

C.C. 52.484.514

de

BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	JHONNY HERNANDEZ
CARGO:	REFERENTE ESPACIO EDUCACION
FIRMA	



PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION: 77681507

NUM REFERENCIA: 0000008480899301

NUM IDENTIFICACION: 52484514

PERIODO: 2018-07

FECHA EFECTIVA: 2018-07-21

VALOR: 245.300

SAB21 JUL 18 13:07:10

202-06567314-128

770712-467005-644627-332260-45

CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL
UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO EN

CASO DE RECLAMO LLAMAR A:

A SU OPERADOR.

AGT 8961 CLR 8948906

07151649-793204

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	DV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e KBF
CC 57.484514		OROZCO MORENO MARIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CIL 20 B N T10-55	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	6098578	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2018-07		77681507	8460889301	1	2018/07/05	2018/07/23	BANCO DE OCCIDENTE	18		\$245,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$125,000	\$1,800	\$0	\$126,800
PORVENIR	230301	800.224.808	8	1	\$125,000	\$1,800	\$0	\$126,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$19,100	\$300	\$0	\$19,400
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860.002.503	2	1	\$19,100	\$300	\$0	\$19,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$97,700	\$1,400	\$0	\$99,100
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800.088.702	2	1	\$97,700	\$1,400	\$0	\$99,100
TOTAL				1	\$241,800	\$3,500	\$0	\$245,300

PAGAVALDO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e	
CC 5248514		OROZCO MORENO MARIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 20 B N 110-55	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6098578	ICBF	NO
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor		
Pensión Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	2018/07/05	2018/07/23	BANCO DE OCCIDENTE	Dias Mora	18
2018-07	77681507		I						\$245,300

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte		
SUCURSAL PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$781,242	\$125,000			\$781,242	\$97,700				\$0			\$781,242	\$19,100			\$0		
Centro de Trabajo PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$781,242	\$125,000			\$781,242	\$97,700				\$0			\$781,242	\$19,100			\$0		
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)					\$781,242	\$125,000			\$781,242	\$97,700				\$0			\$781,242	\$19,100			\$0		
1	CC 5248514	OROZCO MARIANA	220301	30	\$781,242	\$125,000	EMP016	30	\$781,242	\$97,700	0		\$0	\$0	147	30	\$781,242	\$19,100	0		\$0		
Total Afiliados(1)					\$781,242	\$125,000			\$781,242	\$97,700			\$0	\$0			\$781,242	\$19,100			\$0		

PAGAADO

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				
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	\$ 245.300	84808893101
2	AGOSTO	\$ 1.500.000	\$ 245.300	8481954894
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 \$ 1.500.000	VALOR TOTAL DEL CONTRATO \$ 3.000.000	PAGOS REALIZADOS \$ 2.600.000	SALDO DEL CONTRATO \$ 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:

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las entidades en la instancia)	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 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:

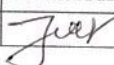
Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

MARIANA OROZCO M.

Firma del Contratista

C.C. de

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	JHONNY HERNANDEZ
CARGO:	REFERENTE ESPACIO EDUCACION
FIRMA	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52484514		ORDIZCO MORENO MARIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CII 20 B N 110-55	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	6098578	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Salud	Pago	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
Pensión	2018-08	88108054	8481954594	I	Planilla	2018/08/03	2018/08/21	BANCO DE OCCIDENTE	18	\$245,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES		
Nó.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$125,000			\$781,242	\$97,700				\$19,100		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$125,000			\$781,242	\$97,700				\$19,100		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)						\$125,000			\$781,242	\$97,700				\$19,100		\$0	\$0	
1	CC 52484514	ORDIZCO MARIANA	230301	30	\$781,242	\$125,000	EP5016	30	\$781,242	\$97,700	0	14-7	30	\$781,242	\$19,100	0	\$0	
Total Afiliados(1)						\$125,000			\$781,242	\$97,700				\$19,100		\$0	\$0	

PAGADO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC: 52484514		OROZCO MORENO MARIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 20 B N 110-55	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	6098578	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo		Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor	
2018-08	2018-08	88108054	881954894	2018/08/03	2018/08/21	BANCO DE OCCIDENTE	18	\$245,300	

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)									
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$125,000	\$1,800	\$0	\$126,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)									
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$19,100	\$300	\$0	\$19,400	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)									
EPS SUPRA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$97,700	\$1,400	\$0	\$99,100	
TOTAL				1	\$241,800	\$3,500	\$0	\$245,300	

PAGADO

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: ps-4878-2018 C.D.P. No.: 2423

Nombre del Contratista: MARIANA OROZCO MORENO

Fecha Inicio: 2018-07-09 Fecha Terminación inicial: 2018-08-08

Proceso al que pertenece: PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC

Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA - ESPACIO EDUCATIVO

C.C. 52 484.514 de: BOGOTA

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	2019-03-01
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	\$ 245.300	8480889301
2	AGOSTO	\$ 1.500.000	\$ 245.300	8481954894
4	SEPTIEMBRE	\$ 1.550.000	\$ 245.300	8481954894
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				

**Resumen de
contrato**

**VALOR INICIAL
DEL CONTRATO**

\$ 1.500.000

**VALOR TOTAL
DEL CONTRATO**

\$ 8.955.000

PAGOS REALIZADOS

\$ 4.150.000

SALDO DEL CONTRATO

\$ 4.805.000

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: 2018-09-01

Hasta: 2018-09-30

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS <small>(Las indicadas en la minuta)</small>	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO <small>ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</small>
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 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 transversa	Mejores practicas en 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	Actas formato de identificación y monitoreo de riesgo
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

Mariana Orozco Moreno

Firma del Contratista

C.C. 52.484.514 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	JHONNY HERNANDEZ
CARGO:	REFERENTE ESPACIO EDUCACION
FIRMA	

DATOS GENERALES DEL / PORTANTE

Identificación

dv

Razon Social

Clase Aportante

Sucursal Principal

Dirección

Ciudad-Departamento

Teléfono

Exonerado SENA e ICBF

CC 51484514

C RODRIGO MORENO MARIANA

INDEPENDIENTE

PRINCIPAL

CIL 20 B H 110-55

BOGOTÁ-BOGOTÁ D. E.

6098578

No

DATOS GENERALES DE LIQUIDACION

Periodo

Salud

Clave

Tipo

Planilla

Limite

Fecha

Pago

Barco

Dias Mora

Valor

2018-08

2018-08

8-108054

1

8481954-94

2018/08/03

2018/08/21

BANCO DE OCCIDENTE

18

\$245,300

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDO E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS:)				1	\$125,000	\$1,800	\$0	\$126,800	
PORVENIR	23C301	800,224,808	3	1	\$125,000	\$1,800	\$0	\$126,800	
ARL (ADMINISTRADORAS:)				1	\$19,100	\$300	\$0	\$19,400	
SEGUROS BOLIVAR	1-7	860,002,503	3	1	\$19,100	\$300	\$0	\$19,400	
EPS (ADMINISTRADORAS:)				1	\$97,700	\$1,400	\$0	\$99,100	
EPS SURA (ANTES SUSLUD)	EPS010	800,088,702	3	1	\$97,700	\$1,400	\$0	\$99,100	
TOTAL				1	\$241,800	\$3,500	\$0	\$245,300	

PAGADO

A large, three-dimensional graphic of the word "COAGAL" in a bold, sans-serif font. The letters are arranged vertically, with "CO" at the top, "AG" in the middle, and "AL" at the bottom. Each letter has a thick, blocky appearance with a slight shadow on its right side, giving it a 3D effect. The letters are a light gray color.

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	\$ 5.955.000	2857	2018-09-09	2019-03-01
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	\$ 245.300	8480889301
2	AGOSTO	\$ 1.500.000	\$ 245.300	8481954894
4	SEPTIEMBRE	\$ 1.550.000	\$ 245.300	8481954894
5	OCTUBRE	\$ 1.550.000	\$ 245.300	8483103626
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

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="2018-10-01"/>	<input type="text" value="2018-10-30"/>
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. 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 transversa	Mejores practicas en 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	Actas formato de identificación y monitoreo de riesgo		
7			
8			
9			
10			

Observaciones:

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

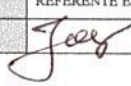
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

MARIANA OROZCO M.

Firma del Contratista

C.C. de

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	JHONNY HERNANDEZ
CARGO:	REFERENTE ESPACIO EDUCACION
FIRMA	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENAE e KGBF	
CC 52464514		OROTCO MORENO MARIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 20 B N 110-55	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	6098578	No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Valor
Permitión Salud	Pago	Planilla	Planilla	1	
2018-09	99157	843103526	2018/10/03	2018/10/16	BANCO POPULAR
					Dias Mora
					13
					\$244,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	
SUCURSAL PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$781,242	\$125,000			\$781,242	\$97,700			\$0	\$0			\$781,242	\$19,100			\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$781,242	\$125,000			\$781,242	\$97,700			\$0	\$0			\$781,242	\$19,100			\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)					\$781,242	\$125,000			\$781,242	\$97,700			\$0	\$0			\$781,242	\$19,100			\$0	\$0	
1	CC 52464514	OROTCO MORENO MARIANA	843103526	30	\$781,242	\$125,000	095016	30	\$781,242	\$97,700	D	30	\$0	\$0	14-7	30	\$781,242	\$19,100	D	30	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$781,242	\$125,000			\$781,242	\$97,700			\$0	\$0			\$781,242	\$19,100			\$0	\$0	

PAGAVALDO

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: ps-4878-2018 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: MARIANA OROZCO MORENO C.C. 52.484.514 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	2019-03-01
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	\$ 241.800	8480889301
2	AGOSTO	\$ 1.500.000	\$ 241.800	8481954894
4	SEPTIEMBRE	\$ 1.550.000	\$ 241.800	8481954894
5	OCTUBRE	\$ 1.550.000	\$ 241.800	8483103626
6	NOVIEMBRE	\$ 1.550.000	\$ 241.800	8484174930
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

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: 2018-11-01 Hasta: 2018-11-30

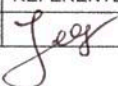
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA
1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE	Primer monitoreo a la calidad 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.	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 transversa	Mejores practicas en 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	Actas formato de identificación y monitoreo de riesgo
7.	

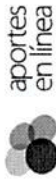
Observaciones:

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

MARIANA OROZCO PL
Firma del Contratista
C.C. 52.484.514 de BOGOTA

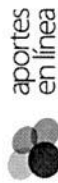
VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	JHONNY HERNANDEZ
CARGO:	REFERENTE ESPACIO EDUCACION
FIRMA	



Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																	
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF									
CC 52484514		OROZCO MORENO MARIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 20 B N 110A -55	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	6098578	No									
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																	
Periodo	Clave		Tipo		Fecha		Pago										
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor									
2018-10	2018-10	38851151	8484174930	1	2018/11/06	2018/11/19	BANCO DE OCCIDENTE	13	\$244,300								
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTE																	
EMPLEADO																	
No.	Tipo Id	No Id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extra/Temp. Jero Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	Fecha Ing	Fecha Ret	Fecha Ide	Fecha Ide	Fecha Inicio cor vet	Fecha Inicio vac-tr	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	Fecha Fin vac-tr	Fecha Fin app vet
1	CC	52484514	OROZCO MORENO MARIANA	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No										
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E.(1 Afiliados)																	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL(1 Afiliados)																	
Sucursal Principal(1 Afiliados)																	
Total Afiliados(1)																	
DATOS GENERALES DEL APORTANTE																	
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF									
CC 52484514		OROZCO MORENO MARIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 20 B N 110A -55	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	6098578	No									
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																	
Periodo	Clave		Tipo		Fecha		Pago										
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor									
2018-10	2018-10	38851151	8484174930	1	2018/11/06	2018/11/19	BANCO DE OCCIDENTE	13	\$244,300								
RESUMEN DE PAGO																	
RIESGO																	
CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR										
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)			1	\$125,000	\$1,300	\$0	\$126,300										
PORVENIR	230301	800,224,808	8	\$125,000	\$1,300	\$0	\$126,300										
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)			1	\$19,100	\$200	\$0	\$19,300										
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	\$19,100	\$200	\$0	\$19,300										
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)			1	\$97,700	\$1,000	\$0	\$98,700										
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	\$97,700	\$1,000	\$0	\$98,700										
TOTAL			1	\$241,800	\$2,500	\$0	\$244,300										



Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 52484514		OROZCO MORENO MARIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 20 B N 110A -55	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6098578	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha	Pago				
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2018-09	99157	8483103626	1	2018/10/03	2018/10/16	BANCO POPULAR	13	\$244,300	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO										NOVEDADES															
No.	Tipo Id	No Id	Nombre	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación Exterior	Fecha Ing	Fecha ret	Fecha ret	Ida	Lae	Ldp	Lap	Wp	Fecha Inicio vsp	Fecha Inicio cor vst	Fecha Inicio sin	Fecha Fin sin	Fecha Inicio lge	Fecha Fin lge	Fecha Inicio vac-ir	Fecha Fin vac-ir	Fecha Inicio vac-ir	Fecha Fin vac-ir
Total Afiliados(1)																									

Sucursal: PRINCIPAL (3 Afiliados)

Sucursal: PRINCIPAL (3 Afiliados)

Centro de Trabajo: PRINCIPAL(1 Afiliados)																							
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E.(1 Afiliados)																							
1	CC	52484514	OROZCO MORENO MARIANA																				
Total Afiliados(1)																							

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 52484514		OROZCO MORENO MARIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 20 B N 110A -55	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6098578	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha	Pago				
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2018-09	99157	8483103626	1	2018/10/03	2018/10/16	BANCO POPULAR	13	\$244,300	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$125,000	\$1,300	\$0	\$126,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$125,000	\$1,300	\$0	\$126,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$19,100	\$200	\$0	\$19,300
SEGUROS BOLIVAR	147	860,002,503	2	1	\$19,100	\$200	\$0	\$19,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$97,700	\$1,000	\$0	\$98,700
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$97,700	\$1,000	\$0	\$98,700
TOTAL				1	\$241,800	\$2,500	\$0	\$244,300

