E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE	FORMATO INFORME DE SUPERVISOR	Código: GJC22F	Versión: 1
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y DAGOBERTO OROZCO DIAZ identificado con C.C. 1079938852

Fecha de Diligenciamiento:	2024-09-25

I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

N° CONTRATO:	CD20242407	RP:	2826	CDP:	510
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	14.000.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:		2.000.000,00	
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2024-04-01	FECHA DE FINALIZACION:		2024-10-31	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA STELLA DAZA PEÑA				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

CDP - ADICION:	900	RP - ADICION:	5457	VALOR CONTRATO CON ADICION:	4.000.000,00

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

IV. CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS

1. El contrato se encuentra debidamente legalizado: SI
2. El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades: SI
3. Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en su respectiva carpeta contractual: SI
4. Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002: SI

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al periodo del mes de Septiembre

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

AURA STELLA DAZA PEÑA
36541888
UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA

DAGOBERTO OROZCO DIAZ
1079938852
CALLE 23 # 62C LA FLORIDA
3206770129
DAGOOROZCO1996@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2024-09-25**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	DAGOBERTO OROZCO DIAZ		
DOCUMENTO:	1079938852		
DIRECCIÓN:	CALLE 23 # 62C LA FLORIDA	TELÉFONO:	3206770129
CORREO ELECTRONICO:	DAGOOROZCO1996@GMAIL.COM		

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que en la declaración de renta del año gravable 2024 no tomaré costos y deducciones

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° CONTRATO:	CD20242407
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

RP:	2826	CDP:	510	FECHA INICIO:	2024-04-01	FECHA FINAL:	2024-10-31

VALOR CONTRATO:	14.000.000,00	VALOR A PAGAR:	2.000.000,00

BANCO A CONSIGNAR:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	117100114422

CDP - ADICION:	900	RP - ADICION:	5457	VALOR CONTRATO CON ADICION:	4.000.000,00

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Septiembre**

FIRMA

DAGOBERTO OROZCO

DAGOBERTO OROZCO DIAZ
C.C. 1079938852 expedida en PIVIJAY -MAGDALENA

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1079938852
N SOCIAL:			DAGOBERTO OROZCO DIAZ
O:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
	SANTA MARTA	TELÉFONO:	4000000
	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
ENTACIÓN:	ÚNICO		
NERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4566781321	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	agosto	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	agosto	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:			5				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/09/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9990041701

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301-PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 800	$ 0	$ 208.000	$ 800	$ 208.800
									$ 208.000	**$ 800**	**$ 208.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
CCFC55- CAJACOPI EPS S.A.S	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 600	$ 0	$ 162.500	$ 600	$ 0	$ 163.100
												$ 162.500	**$ 600**	**$ 0**	**$ 163.100**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700	$ 200	$ 0	$ 31.900
								$ 31.700	**$ 200**	**$ 0**	**$ 31.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES						
																								PENSIÓN								SALUD						ARP											
																											FSP		APORTES VOLUNTARIOS																				
NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
ZCO OBERT	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	CCFC55-CAJACOPI EPS S.A.S	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	$107993885	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 403.800**

Planilla Pagada

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE	**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO**	CODIGO: GJC23F VERSION: 003 FECHA DE ULTIMA REVISION: 22/08/2024 PAGINA 1 de 1

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y

DAGOBERTO OROZCO DIAZ

CON C.C Nº 1079938852

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20242407**	**DE FECHA INICIO**	**1/4/2024**	

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato)
1	Recibí y entregue turnos acorde a la guía.
2	Atendí pacientes asignados en el area de hospitalización según las necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales(toma de signos vitales, baño en cama, asistencia en la alimentación, toma de glucometrias, cambios de posición, arreglo de la unidad, toma de muestras de laboratorios, realicé venopunción, verifique signos de flebites, instale y retire infusiones de líquidos, asepsia a implementos de trabajo como aspirador, riñoneras, pisimgos, patos cada vez que fuere necesario)
3	Asistí al paciente en la alimentación enteral y parenteral.
4	Informé a la enfermera (o) de turno la seguridad del paciente de los incidentes y eventos adversos presentados en el servicio
5	Informé de las fallas de material y equipos del servicio.
6	Realicé las respectivas solicitudes y devoluciones a farmacia de insumos o medicamentos de los pacientes que ingresarón y egresarón bajo la supervisión de la Enfermera(o).
7	Recibí y entregue a los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente
8	Asistí a las rondas medicas y durante los procedimientos de estos.
9	Apoye a la enfermera (o) en los procedimientos (curaciones, colocación y retiro de sondas vesicales, sonda nasogastrica, electrocardiograma y otros procedimientos) y en marcar los rotulos en la hora de instalar medicamentos.
10	Realicé durante el turno, seguimiento diario y registré todas las actividades y evoluciones del paciente en la historia clínica (notas de Enfermería), en los tiempos regamentados.
11	Observe y reporte los signos de alarma presentados por pacientes
12	Informé a la profesional Especializada de seguridad del paciente los incidentes y eventos adversos participé en reuniones para estudio de estos y todos los que deriven de la atención del paciente.
13	Proporcione orientación al paciente y familiar.
14	Atendí a los pacientes con trato humanizado en el turno y/o area asignada de la E.S.E.
15	Realice asepsia general semanal y diaria al egreso del paciente , registrado en el formato correspondiente
16	clasifique, ordene y registre las lencerias del servicio a efectos de reposición de ropas y vestuarios relacionados al servicio de lavandería.
17	Realicé una adecuada segregación de los elementos de protección personal, residuos hospitalarios que se generaron en la atención d epacientes.
18	Recibí y registre oportunamente los elementos de protección personal y le di uso correcto a estos.
19	Le di uso correcto a la administración de medicamentos.
20	Me adherí a protocolos, guías y procedimientos requeridos en la prestación del servicio.
21	Conduje a los usuarios a los distintos servicios y a otras instituciones de salud
22	Cuando fue necesario arreglé el cadáver y le entregue al familiar todas las pertenencias del paciente fallecido.
23	Informe a la enfermera(o), médico de turno la fuga de pacientes.
24	Realicé seguimiento a la administración de los medicamentos por la enfermera(o)(farmacovigilancia).
25	Realicé proceso de esterilización del instrumental, insumos y dispositivos médicos, comprobé el correcto empaquetamiento de este y cumplí con los registros específicos.
26	Preparé los paquetes de material(confección de apósitos de gasa, torundas y otro material), coloque los controles químicos y biológicos necesarios, colocando le la fecha de envasado y cerre los sobres de material.
27	Clasifique el material de esterilización y comprobe el correcto empaquetamiento e introduje los diferentes paquetes según características. Colaboré en la puesta en marcha de los aparatos cumpliendo los registros específicos.
28	Proporcioné desde la zona intermedia todo el material necesario para la intervención (hojas de bisturies, apositos,...(, y mantuve la zona respuesta, limpia y ordenada.
29	Traslade al paciente a quirófano y realicé el monitoreo completo (pulsioximetro, tensiometro, electrodos, placa de bisturí) para iniciar el procedimeinto quirurgico.
30	Aseguré el correcto etiquetado de las muestras biológicas obtenidas durante la intervención y el envio a los laboratorios correspondientes (Anatomía patológica, Microbiología, etc..).
31	Revisé el funcionamineto de los equipos y elementos que se encuentran en la ambulancia y otros servicios: pulsoximetro, aspirador, tensiometro, desfibrilador, etc...
32	Ayudé al médico en las maniobras de "soporte vital básico"(SVB) y "soporte vital avanzado"(SVA) que se aplicó al enfermo crítico.
33	Movilicé e inmovilicé al paciente con seguridad y rápidez en problemas traumatológicos y psiquiatricos, etc....
34	Al realizar traslado del paciente a otro servicioo por medio de ambulancia. Antes: Rrecibí las ordenes del servicio, se le informo a los familiares que le van a realizar un procedimiento y deben estar listos media hora antes, se verifico el nombre del paciente, número de cama asignada, el estado del paciente, para ver si se podia transportar en silla de rueda o en camilla, verificando el acompañamiento del familiar, y mirar las condiciones de las venas y si estan permeables y con angiocath Nº 18 y reciente
35	Preparé al paciente para procedimientos (quirurgicos, medios diagnósticos como TAC, ecografias, estudios especializados).
36	Realicé registro de verificación de los pacientes que fueron sometidos a procedimiento quirurgicos (lista de chequeos).
37	Verifiqué el diligenciasmiento del consentimiento en las transfusiones sanguineas, autorización de procedimientos quirurgicos y de anestesia, además la declaración de retiro voluntario, que estuvieran bien diligenciados.
38	Llene el formato de transfusión sanguinea antes, durante y después de la transfusión.
39	Preparé el equipo y paciente antes, durante y después de la atención del parto
40	Atendí al recien nacido.
41	Prepare el equipo y a la paciente para el monitoreo fetal.
42	Actualicé el kardex y tarjetas de medicamento si la Enfermera(o) no se encontraba o estaba ocupada.
43	Controlé la entrada y salida de historias clínicas del consultorio(prestación d ehistorias clínicas)
44	Surtí los consultorios de materiales, equipos, etc...
45	enfermería, se verifico la autorización para la cirugía, se admisionó y se traslado al piso correspondiente.
46	Al recibir al paciente procedente de cirugía u otros servicios se verificó en la historia clínica estén los registros médicos y de enfeermería llenos
47	Recogí las facturas de los paciente y verifique que estos aparezcan en el sistema
48	Bajo la resolución 1955 de 1999 y 839 de 2014 cumplí con el diligenciamiento de los RIPS, formato de seguimiento, evolución, facturación y registros propis de la ESE.
49	Le di uso adecuado y racional a los elementos, recursos y demás medios institucionales.
50	Garantice la presencia oportuna, cuando se requirio hacer procedimientos y labores propias de auxiliar de enfermería en cualquier servicio de la ESE
51	Respondí por los daños y perjuicios en salud que se generarón a un usuario por negligencia, omisión, descuido, olvido, exceso o cualquier otra acción imputable por mi culpa.
52	Permanecí atenta a comunicación las 24 horas del dia para una fácil localización en caso de urgencias, para lo cual certifique el número telefónico.
53	un turno nocturno no tiene derecho al descanso.
54	El valor mensual facturado dependerá de las actividades contratadas y cumplidas por mi parte (contratista) y verificadas por el supervisor asignado al contrato.
55	Reporté inmediatamente cualquier incapacidad a la profesional especializada de la unidad de Enfermería.
56	Desarollé las actividades difundidas en el contrato por cumplimiento con la agenda de turnos y horas establecidas (192 horas).

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**4566781321**	**OPERADOR:**	**SOI**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**CAJACOPI**	**17/09/2024**	**162.500**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**17/09/2024**	**208.000**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**17/09/2024**	**31.700**

IV. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social por el valor que exige la Ley, pago del cual anexo copia simple.
3.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

V. ANEXOS

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	DAGOBERTO OROZCO
N°. IDENTIFICACION:	**1079938852**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1079938852
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DAGOBERTO OROZCO DIAZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	SANTA MARTA	TELÉFONO:	4000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4566781321**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES agosto AÑO	2024
DÍAS DE MORA:		5			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/09/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9990041701

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 800	$ 0	$ 208.000	$ 800	$ 208.800
SUBTOTALES:										**$ 208.000**	**$ 800**	**$ 208.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
CCFC55	CCFC55- CAJACOPI EPS S.A.S	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

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700	$ 200	$ 0	$ 31.900
SUBTOTALES:									**$ 31.700**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 31.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																											PENSIÓN								SALUD						ARP														
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1079938852	OROZCO DIAZ DAGOBERTO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	CCFC55-CAJACOPI EPS S.A.S	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	107993885	$ 31.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 403.800**