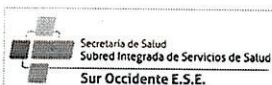


65A



CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA

Versión: 1
 Fecha de aprobación: 09/11/2016
 Código: 15-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				EIDER ARLEY ESCOBAR DIAZ											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	x	C.E	NO.		1069230874						
CORREO ELECTRONICO:				eiderbla_92@hotmail.com				CELULAR:		3204812242					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				PA27 BOSA											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				SALUD PUBLICA ESPACIO VIVIENDA				SEDE:		PAPS CABAÑAS					
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		K12	37%	K23	16%	K13	15%	K14	12%	K16	15%	K19	5%		
ENTIDAD FINANCIERA:				DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				455000109625				PENSIONADO		No					
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS															
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				0818 - 2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO		1 de 2					
NÚMERO DE CDP		32	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP		8490	FECHA		1-31-2018					
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.											
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO				
					1	2	2018		28	2	2018				
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				UN MILLON SEISIENTOS TRECE MIL TRECIENTOS NOVENTAY CINCO PESOS MCTE (\$1.613.395)											
TIPO DE SERVICIOS		PIC		RESERVA DE GLOSA 0%				\$0							
OBSERVACIONES:															
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO															
CONCEPTO								VALORES							
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:								\$3.226.788							
VALOR EJECUTADO								\$1.613.395							
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$1.613.395							
VALOR A LIBERAR								\$0							
SALDO POR EJECUTAR								\$1.613.395							
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN								50%							
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:															
Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$1'953.105, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.															
Número de Planilla	IBC DE COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES									
1010530639	\$ 781.242	\$97.655	\$124.999	3	\$19.100	\$241.800									
<p>Dado en Bogotá el mes de Febrero del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,</p> <p><i>Angela Maria Forero</i> Angela Maria Forero NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:</p> <p><i>Eider Arley Escobar Diaz</i> EIDER ARLEY ESCOBAR DIAZ NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</p>															

BOGOTA, D.C.

Febrero

2018

CUENTA DE COBRO

1

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
NIT 900.959.048-4
DEBE A

CC. N° EIDER ARLEY ESCOBAR DIAZ
1069230874 CABRERA CUND.

Por concepto de servicios prestados durante el mes de Febrero de 2018 según contrato de prestación de servicios No. 0818 - 2018 de acuerdo a informe de actividades anexo y certificación de pago y ejecución de contrato.

NUMERO DE TURNOS, HORAS, DIAS A CANCELAR:
VALOR TURNOS O DIAS ADICIONALES: 0

30 DIAS

TOTAL COBRO:

UN MILLON SEISCIENTOS TRECE MIL TRECIENTOS NOVENTAY CINCO PESOS MCTE

TOTAL: \$ 1.613.395

Autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

A consignar el valor correspondiente

EN LA CUENTA DE AHORROS X CTE No 455000109625
DEL BANCO: DAVIVIENDA

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	VALOR
K10	0%	\$ -
K12	37%	\$ 596.956
K23	16%	\$ 258.143
K13	15%	\$ 242.009
K14	12%	\$ 193.607
K16	15%	\$ 242.009
K07	0%	\$ -
K18	0%	\$ -
K19	5%	\$ 80.671
K09	0%	\$ -
TOTAL	100%	\$ 1.613.395

	SI	NO
BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO INFORMO QUE SOY DECLARANTE DE RENTA POR EL AÑO 2017		X
DECLARO QUE MIS INGRESOS PROVIENEN EN MAS DEL 80 % DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE MANERA PERSONAL O DE DESARROLLO DE UNA ACTIVIDAD ECONOMICA POR CUENTA Y RIESGO DE EL EMPLEADOR O CONTRATANTE	X	
QUE MIS INGRESOS TOTALES EN EL AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR SUPERARON 1.400 UVT (\$44'603,000)		X

CORDIALMENTE

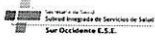
Alejo Escobar Diaz

EIDER ARLEY ESCOBAR DIAZ

CC. N° 1069230874 CABRERA CUND.

TELEFONO CELULAR No. 3204812242

eiderbla_92@hotmail.com

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	PIC-ESPACIO VIVIENDA	Sede:	BOSA						
No. DE CONTRATO:	0015 - 2019	Periodo certificado desde el	<table border="1"> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>2 018</td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	1	2	2 018
Día	Mes	Año							
1	2	2 018							
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	EIDER ARLEY ESOBAR DIAZ	C. C.	1.069.230.874 DE CABRERA CUND.						

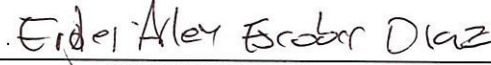
OBJETO DEL CONTRATO: restar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI ☒ NO ☐ Servicios: SI ☐ NO ☐

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Específicos Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del componente, espacio y/o Proyectos especiales, acciones de Inspección, Vigilancia y Control, Redes, Mesas, Consejos, portafolio de servicios de la Institución cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red Sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud.	SI	21 planes familiares formulados 72 planes familiares implementados. Reuniones de equipo	cartas de compromiso formato de caracterización social y ambiental. actas de reunión de análisis y cartografía matriz de unidad de análisis e implementación Formato plan de acción cronograma Listado de reunión de equipo mensual.
Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS-ESE. Realizar seguimiento a los menores de cinco años canalizados con identificación de riesgo establecidos en plan de choque	SI	Activaciones de ruta correspondientes a menores de 5 años	Activación de rutas
Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS.	SI	Seguimiento a las activaciones de rutas realizadas por el profesional.	Seguimiento a las activaciones de rutas realizadas por el profesional.
Notificar todos los eventos de interés en salud pública. Realizar canalización de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones de instituciones distintas al sector salud.	SI	Notificaciones de eventos de interés en salud pública realizadas por el profesional.	Notificaciones de eventos de interés en salud pública realizadas por el profesional.
Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud. Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión. Seguimiento a las gestantes y menores de 5 años que presenten algún factor de riesgo con su respectiva retroalimentación.	SI	72 familias intervenidas por el profesional brindando información sobre sus deberes y derechos frente a la seguridad social en salud y participación social.	Matriz de unidad de análisis e implementación.
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos. Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS.	SI	Entrega de soportes con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes	cartas de compromiso formato de caracterización social y ambiental actas de reunión de análisis y cartografía matriz de unidad de análisis e implementación Formato plan de acción cronograma Listado de reunión de equipo mensual
Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras). Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE.	SI	Entrega de formatos para auditoría en este mes.	Entrega de formatos para auditoría en este mes.
Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE. Realizar el seguimiento y abordaje de los casos identificados de eventos transmisibles, no transmisibles y acciones de interés en salud pública. Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE como de la SDS.	SI	Participación en reunión de equipo y asistencias técnicas programadas (Reunion asistencia técnica con la profesional de apoyo)	Listados de asistencia, que den cuenta de la participación

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (UN MILLON SEISCIENTOS TRECE MIL TRESCIENTOS NOVENTAY CINCO PESOS MCTE): \$1.613.395

	
EIDER ARLEY ESCOBAR DIAZ CC: 1069230874 CONTRATISTA	Fecha: dd/mm/aaaa Firma de recibido superior

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

Simple

PAGOSIMPLE

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2018-02-14, 09:54:39 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla:

1010530639

Periodo Cotización:

febrero de 2018

Periodo Servicio:

febrero de 2018

Referencia pago (PIN):

8877956040

PAGADO 14/02/2018

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	EIDER ARLEY ESCOBAR DIAZ
Documento	CC-1069230874
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE
Tipo Persona	NATURAL
Ciudad	BOGOTA
Representante Legal	ESCOBAR DIAZ EIDER ARLEY
Total Afiliados	1
Dirección	CALLE 2 G 41 37
Teléfono	1
Forma Presentación	UNICO
Departamento	BOGOTA D.C.
Identificación	CC 1069230874
ARP	ARP SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotización	Saldo Cotización	Novedades												Pensiones		Salud		Riesgos		Cajas				Parafiscales				Total
				01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte Ministerio
CC 1069230874	EIDER ARLEY ESCOBAR DIAZ	59	00														\$ 781.242	\$ 125.000	\$ 781.242	\$ 97.700	2.436	\$ 781.242	\$ 19.100			\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 241.800

III. TOTALES

IBC Pensión	\$ 781.242	IBC Riesgos	\$ 781.242	IBC Cajas	\$ 0	Aportes Pensión	\$ 125.000	Aportes Riesgos	\$ 19.100	Aportes Salud	\$ 97.700	Aportes SENA	\$ 0	Aportes ICBF	\$ 0	Aportes ESAP	\$ 0	Aportes Min Educación	\$ 0	Incapacidades Llenadas Saldo a Favor EPS	\$ 0	Incapacidades ARP	\$ 0	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MONA	\$ 241.800	TOTAL INTERESES DE MONA	\$ 0	TOTAL FINAL	\$ 241.800
-------------	------------	-------------	------------	-----------	------	-----------------	------------	-----------------	-----------	---------------	-----------	--------------	------	--------------	------	--------------	------	-----------------------	------	--	------	-------------------	------	--------------------------------	------------	-------------------------	------	-------------	------------