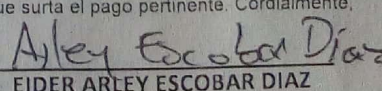


INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA														
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				EIDER ARLEY ESCOBAR DIAZ										
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	x	C.E	NO		1069230874					
CORREO ELECTRONICO:				eiderbla_92@hotmail.com				CELULAR:		3204812242				
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SU 40										
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				SALUD PUBLICA ESPACIO VIVIENDA				SEDE:		PAPS 11				
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
		K27	100%											
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		4 de 4						
NÚMERO DE CDP		804	FECHA	18/04/2018	NÚMERO DE CRP		20252	FECHA		30/04/2018				
OBJETO DEL CONTRATO:		Prestar 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.												
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE		DIA	MES	AÑO	HASTA		DIA	MES	AÑO			
				1	5	2018			30	5	2018			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		UN MILLON SEISCIENTOS 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:										\$6.453.580				
VALOR EJECUTADO										\$6.453.580				
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA										\$1.613.395				
VALOR A LIBERAR										\$0				
SALDO POR EJECUTAR										\$0				
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN										100%				
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 COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES								
1012529903	\$ 781.242	\$97.655	\$124.999	3	\$19.100	\$241.800								
Dado en Bogotá el mes de mayo del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,														
 Angela Maria Forero NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:										 EIDER ARLEY ESCOBAR DIAZ NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA				

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: BOGA
No. DE CONTRATO:	0818 - 2018	Período certificado desde el
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	EIDER ARLEY ESCOBAR DIAZ	C. C. 1,069,230,874

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	REALIZAR SESION 5 Y SESION 6 EN HCB (43 intervenciones). En la Localidad de Bosa y Kennedy	Formato mascota verde Matriz de unidad de analisis e implementacion Formato plan de acción cronograma
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	0 Cero, no se encontraron casos para realizar activación de ruta correspondientes a menores de 5 años este mes	Formato de 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	0 Cero, no se encontraron casos para realizar Seguimiento a las activaciones de rutas realizadas por el profesional	Matriz de unidad de analisis e implementación.
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	0 Cero, no se encontraron casos para realizar notificaciones de eventos de interes en salud publica realizadas por el profesional	Formato de notificación comunitaria o de interes en salud pública
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	17 HCB intervenidos por el profesional brindando información sobre sus deberes y derechos frente a la seguridad social en salud y participación social.	Matriz de unidad de analisis 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 prescripciones 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, correspondientes los HCB correspondientes del mes de abril. Revisión el 18 y 30 de mayo Se realizaron ajustes correspondientes de acuerdo de acuerdo a solicitudes realizadas por profesional de apoyo.	Formato mascota verde matriz de unidad de analisis e implementacion Formato plan de acción, cronograma Listado de reunión de equipo mensual
Assumir 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 soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS.	matriz de unidad de analisis e implementacion Formato plan de acción cronograma Listado de reunión de equipo mensual
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, reuniones de calidad, Reuniones de equipo en el mes de Mayo.	Listados de asistencia, que den cuenta de la participación

OBSERVACIONES:

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

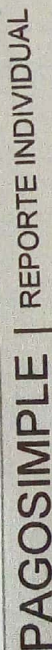
Aley Escobar Diaz

EIDER ARLEY ESCOBAR DIAZ CC: 1069230874

CONTRATISTA

Fecha: 03/04/2017 Firma de recibido supervisor

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



2018-05-15, 09:27:56 PM

—

Tipo Planilla | **Periodo Cotización** 201805

Periodo Servicio

Número Planilla 1012529903

Referencia pago(PIN) 8877956040

Cliente:

PAGADA 2018-05-07

1. 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		
	Dirección	CALLE 2 G 41 37	
	Teléfono	1	
	Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados 1
	Departamento	BOGOTA D.C.	
	Identificación	CC 1069230874	

II. DATOS DEL AFILIADO					
1.	Nombre completo				
2.	Domicilio				
3.	Celular				
4.	E-mail				
5.	Fecha de nacimiento				
6.	Lugar de nacimiento				
7.	Identificación				
8.	Profesión				
9.	Estado civil				
10.	Número de hijos				
11.	Religión				
12.	Partido político				
13.	Grupos de presión				
14.	Actividades de tiempo libre				
15.	Formación académica				
16.	Experiencia profesional				
17.	Experiencia sindical				
18.	Experiencia en el extranjero				
19.	Experiencia en la militancia política				
20.	Experiencia en la militancia social				
21.	Experiencia en la militancia cultural				
22.	Experiencia en la militancia deportiva				
23.	Experiencia en la militancia religiosa				
24.	Experiencia en la militancia ambiental				
25.	Experiencia en la militancia feminista				
26.	Experiencia en la militancia LGBT				
27.	Experiencia en la militancia indígena				
28.	Experiencia en la militancia afrodescendiente				
29.	Experiencia en la militancia campesina				
30.	Experiencia en la militancia obrera				
31.	Experiencia en la militancia estudiantil				
32.	Experiencia en la militancia juvenil				
33.	Experiencia en la militancia adulta				
34.	Experiencia en la militancia mayor				
35.	Experiencia en la militancia discapacitada				
36.	Experiencia en la militancia inmigrante				
37.	Experiencia en la militancia refugiada				
38.	Experiencia en la militancia apátrida				
39.	Experiencia en la militancia sin ciudadanía				
40.	Experiencia en la militancia sin derechos políticos				
41.	Experiencia en la militancia sin sufragio				
42.	Experiencia en la militancia sin representación				
43.	Experiencia en la militancia sin voz				
44.	Experiencia en la militancia sin voto				
45.	Experiencia en la militancia sin elección				
46.	Experiencia en la militancia sin participación				
47.	Experiencia en la militancia sin influencia				
48.	Experiencia en la militancia sin poder				
49.	Experiencia en la militancia sin autoridad				
50.	Experiencia en la militancia sin prestigio				
51.	Experiencia en la militancia sin respeto				
52.	Experiencia en la militancia sin consideración				
53.	Experiencia en la militancia sin reconocimiento				
54.	Experiencia en la militancia sin valoración				
55.	Experiencia en la militancia sin apreciación				
56.	Experiencia en la militancia sin estima				
57.	Experiencia en la militancia sin honor				
58.	Experiencia en la militancia sin gloria				
59.	Experiencia en la militancia sin fama				
60.	Experiencia en la militancia sin reputación				
61.	Experiencia en la militancia sin crédito				
62.	Experiencia en la militancia sin confianza				
63.	Experiencia en la militancia sin credibilidad				
64.	Experiencia en la militancia sin seriedad				
65.	Experiencia en la militancia sin firmeza				
66.	Experiencia en la militancia sin constancia				
67.	Experiencia en la militancia sin perseverancia				
68.	Experiencia en la militancia sin tenacidad				
69.	Experiencia en la militancia sin obstinación				
70.	Experiencia en la militancia sin terquedad				
71.	Experiencia en la militancia sin cabezonería				
72.	Experiencia en la militancia sin testarudez				
73.	Experiencia en la militancia sin rebeldía				
74.	Experiencia en la militancia sin desafío				
75.	Experiencia en la militancia sin provocación				
76.	Experiencia en la militancia sin insulto				
77.	Experiencia en la militancia sin injuria				
78.	Experiencia en la militancia sin agravio				
79.	Experiencia en la militancia sin ofensa				
80.	Experiencia en la militancia sin ultraje				
81.	Experiencia en la militancia sin vejación				
82.	Experiencia en la militancia sin humillación				
83.	Experiencia en la militancia sin degradación				

Documento	CC 1069230874	Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Departamento	Trabajo
Tipo Cotizante	59 00						
ESCOBAR DIAZ EIDER ARLEY						11001000 - 11	BOGOTA D.C.

----- CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:-----

[illegible]

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SEIVA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION (ING + PROTECCION)		FSP SUBSISTENCIA	EPS-S COM/IDA	ARP SURA	NINGUNA CCF	SEIVA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 125.000	\$ 0	\$ 0	\$ 97.700	\$ 19.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 241.800

- - - - - No. del Bais: 018000 971 971 -

Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder
de lo SIMPLE