Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA**	Versión	3
		Fecha de aprobación	15/02/2018
		Código:	04-02-FO-0002
		ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ALMANZA CASTAÑEDA DANIEL JAVIER											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.032.359.225						
CORREO ELECTRONICO:	daniel.javier_a_c@hotmail.com				CELULAR:	3115721083 - 4315900						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						B035						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URGENCIAS Y APH				SEDE:	BOSA						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	N0810	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	0005070111336								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCI	1559-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		1 DE 3				
NÚMERO DE CDP	33	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP		FECHA				
OBJETO DEL CONTRATO:	CONDUCTOR DE AMBULANCIA									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	2	18		28	2	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.273.320									
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%								

OBSERVACIONES: 14 TURNOS DE 12 HORAS UN TOTAL $ 1273320

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	**$4.109.670**
VALOR EJECUTADO	**$1.273.320**
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$1.273.320**
VALOR A LIBERAR	**$0**
SALDO POR EJECUTAR	**$2.836.350**
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	**31%**

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8325627560	$781.242,00	$97.700	$125.000	4	$0	**$222.700**

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de FEBRERO del año Dos Mil diez y ocho (2018. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Daniel Almanza

DANIEL JAVIER ALMANZA CASTAÑEDA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

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

Señor(a): DANIEL JAVIER ALMANZA CASTAÑEDA
No. Identificación: CC1032359225
Dirección: CR 101 83 90 AP 307 IN 2
Telefono: 4315900
Correo: DANIELJAVIER_A_C@HOTMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8325627560

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	DANIEL JAVIER ALMANZA CASTAÑEDA
Tipo y número de identificación	CC1032359225
Número de planilla	8325627560
Fecha pago	2018-02-15
Número de autorización pago	1000000600
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	febrero de 2018
Periodo de Cotización Pensión	febrero de 2018
Número de Administradoras	2
Total Pagado	224300
Total Intereses de Mora	1600

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	125900	1
EPS044	MEDIMAS EPS SAS	98400	1

PAGADA 8325627560

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1032359225
APELLIDOS Y NOMBRES: DANIEL JAVIER ALMANZA CASTAÑEDA

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
EPS044	230201	781242	781242	0	0	97700	0	125000	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información