	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:	4-02-FO-000

INFORMACION 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						
NTRO DE COSTO	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	N0810	100										
ENTIDAD FINANC	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	6006-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		2 DE 2			
NÚMERO DE CDP		FECHA		NÚMERO DE CRP		FECHA			
OBJETO DEL CONTRATO:	CONDUCTOR DE AMBULANCIA								
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		1	12	18		31	12	2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.237.320								
TIPO DE SERVICI	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%							

SE REALIZAN 14 TURNOS EN LA MOVIL 5064 UN TOTAL DE 168 HORAS CON UN VALOR HORA $7365 Y UN VALOR TOTAL DE =$ 1237320

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$3.424.725
VALOR EJECUTADO	$2.475.020
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.237.320
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$949.705
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	72%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
31387289	781.242	$125.400	$98.000	4	$0	$223.400

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

DRA VANNESSA MORALES HOYONES
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

DANIEL JAVIER ALMANZA CASTAÑEDA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

72

	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:	BOSA								
							Sede: BOSA		
No. DE CONTRATO:hvvh	6006-2018	Período certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	12	18		31	12	18
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DANIEL JAVIER ALMANZA CASTAÑEDA		C. C.	1.032.359.225			DE	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO:El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos comoCONDUCTOR DE AMBULANCI de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ___ NO ___ Servicios: SI NO ___

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Cumplir con las leyes, decretos, acuerdos, resoluciones, circulares de cuakquier órgano esterno o reglamento interno, código o directriz interna de la E.S.E. que tenga relacion con la ejecución del objeto del presente contrato. 2. Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato si a ello hubiera lugar. 3. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente contrato, de acuerdo al código del buen gobiertno y ética institucional y/o profesional. 4. Pagar sus aportes al sistema de seguridad social integral durante la ejecucion del presnete contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros días calendario de cada mes.	100%	Transportar pacientes en ambulancia a los centros hospitalarios o a sus domicilios con las debidas medidas de seguridad y manejar el equipo de radio comunicaciones	REGISTRO TURNO
5, Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales. 6. Desarrollar una cultura de autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promoción, cuidado y uso racional de los recursos del sistema integrado de gestion de la Subred Suroccidente relacionados con la gestión ambiental, seguridad y slaud en el trabajo, gestión documental y archivo, sistema único de acreditación, responsabilidad social, seguridad de la información y control interno acorde al desarrollo de las actividades asignadas. 7. Contribuir con el mantenimiento y mejora del sistema obligatorio de garantía de la calidad institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas en el marco de operación de los componentes del sistema único de habilitación, audotoria para el mejoramiento de la calidad, sistema único de acreditación y sistema de información.	100%	Asistir y capacitarse en las jornadas de capacitación o actualización programadas por el Hospital o por la Coordinación del área de Urgencias, como de la oficina de Referencia,	REGISTRO TURNO
8. Cumplir con el desarrollo de las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los ejes del sistema único de acreditación: gestión del riesgo, humanización de la atención, trasnformación natural, gestión clínica excelente y segura, gestión d ela tecnoiogía, atención centrada en el usuraio y responsabilidad social acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. 9. Cumplir con las políticas gerenciales, acuerdos institucionales, protocolos éticos,planes, programas, procesos y responsabilidades asignadas. 10. Ejecutar las acciones preventivas y/o preventivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas.	100%	Colaborar con el camillero en el ascenso y descenso del pciente a la ambulancia y permanecer en contacto permanente con el mismo.	REGISTRO TURNO
11. Preparar y presnetar los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas requeridas por las entidades públicas o prvadas dentro de los términos de ley garantizando la veracidad, oportunidad y confidencionalidad de los mismos. 12. Asitir y aprobar los procesos de actualización presenciales y virtuales programados por el contratante y por las entidades autorizadas por éste con el fin de contribuir con al desarrollo de las actividadesnecesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar d emanera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecuciñon de las responsabilidades asignadas.	100%	Informar oportunamente al Supervisor inmediato sobre la renovación de la póliza de Seguro Obligatorio (SOAT) y pago de los impuestos como de los daños y fallas del vehículo a su cargo haciendo las respectivas en el libro de entrega de turno.	REGISTRO TURNO
14. El contratista se compromete a salvaguardar la imagen institucional, cualquier objeción o pronunciamiento alguno que hiciere con el conocimiento y consentimiento de la E.S.E. que comprometa el buen nombre d ela Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. o de cualquiera de sus unidades de prestación de servicios de salud será motivo de terminación unilateral del contrato, previo agotamiento del debido proceso. 15. En caso de ser designado supervisor de un contrato, realizar las gestiones necesarias tendientes al cabal cumplimiento técnico, administrativo y financiero del negocio jurídico enmendado respondiendo fiscal, disciplinaria y penalmente por el manejo de los recursos y actividades que llos conlleve.	100%	Mantener la ambulancia en el momento de entregar su turno (debidamente tanqueada, aseada y ordenada).para la oportuna movilización del vehículo.	REGISTRO TURNO
16. El contratista cuando existe una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenirel sector salud, d ebe garantizar la atención médica y apoyo a la misma al ser consecuencia lógica de la misión médica. 17. Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual. 18. El contratista autoriza al contratante a solicitar información sobre el estado de cuenta al fondo de pensiones y EPS.	100%	Presentar al supervisor de la Orden de Prestación de servicios los indicadores, los originales y las copias de los recibos de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social integral de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, inconcordancia con el artículo primero de la Ley 828 de 2003. Presentar informe y/o reporte de actividades según objeto de contrato y cuando se requiera.	REGISTRO TURNO

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1237510 (un millon trecientos setenta y siete mil quinientos diez)

DANIEL JAVIER ALMANZA CASTAÑEDA CC 1032359225

Firma de recibido supervisor:

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032359225	DANIEL JAVIER ALMANZA CASTAÑEDA		CR 101 83 90 AP 307 IN 2	4315900	DANIELJAVIER_A_C@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ABOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
			2018/12/11	3943100 12	EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2018-11	2018-11	I	11/12/2018	31387289	$223.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS044	MEDIMAS EPS SAS	901097473-5	97.700	0		0		0	4	300	0	98.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	125.000	0	0	0	0	4	400	0	125.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	97.700	98.000
Pensión	1	125.000	125.400
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	222.700	223.400

PAGADA
31387289

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

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si Usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS
DATOS EN DECRETO 780 DE 2016

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

TIPO ID	NUMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ULTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	1032359225	ALAMANZA	CASTAEDA	DANIEL	JAVIER	2014-04	SALUDCOOP E.P.S.	COTIZANTE
CC	1032359225	ALMANZA		DANIEL	JAVIER	2016-12	CAFESALUD E.P.S.	COTIZANTE
CC	1032359225	ALMANZA		DANIEL	JAVIER	2015-11	SALUDCOOP E.P.S.	COTIZANTE
CC	1032359225	ALMANZA	CASTANEDA	DANIEL	JAVIER	2017-07	CAFESALUD E.P.S.	COTIZANTE
CC	1032359225	ALMANZA	CASTANEDA	DANIEL	JAVIER	2018-10	MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	10/2018	30	COTIZANTE
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	09/2018	30	COTIZANTE
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	08/2018	30	COTIZANTE
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	07/2018	30	COTIZANTE
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	06/2018	30	COTIZANTE
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	05/2018	30	COTIZANTE
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	04/2018	30	COTIZANTE
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	03/2018	30	COTIZANTE
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	02/2018	30	COTIZANTE
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	01/2018	30	COTIZANTE
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	12/2017	30	COTIZANTE
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	11/2017	30	COTIZANTE