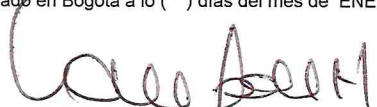


OK 1- Aux.

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					
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:				danieljavier_a_c@hotmail.com				CELULAR:		3115721083 - 4315900					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								KE10							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				URGENCIAS Y APH				SEDE:		KENNEDY					
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 VI				6006-2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				3 de 3			
NÚMERO DE CDP		1990	FECHA	13/12/2018		NÚMERO DE CRP		50507		FECHA		17/12/2018			
NÚMERO DE CDP		26	FECHA	10/01/2019		NÚMERO DE CRP		11301		FECHA		15/01/2019			
OBJETO DEL CONTRATO:				CONDUCTOR DE AMBULANCIA											
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DIA	MES	AÑO	HASTA		DIA	MES	AÑO		
						1	1	19			31	1	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1.414.080											
TIPO DE SERVICIO:				Administrativo		RESERVA DE GLOSA 2%									
SE REALIZAN 16 TURNOS EN LA MOVIL 5031 UN TOTAL DE 192 HORAS CON UN VALOR HORA \$7365 Y UN VALOR TOTAL DE =\$ 1414080															
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO															
CONCEPTO								VALORES							
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:								\$3.889.100							
VALOR EJECUTADO								\$3.712.340							
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$1.414.080							
VALOR A LIBERAR								\$0							
SALDO POR EJECUTAR								\$176.760							
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN								95%							
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							
32032176	781.242	\$98.400		\$125.900		4	\$0	\$224.300							
Dado en Bogotá a lo () días del mes de ENERO del año Dos Mil diez y nueve (2019). 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							

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		Versión: 2
		Fecha de aprobación: 03/04/2017
		Código: 04-02-FO-0002

Ubicación del Servicio:	Kennedy	Sede: BOGA
No. DE CONTRATO:hvvh	6006-2018	Período certificado desde el
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DANIEL JAVIER ALMANZA CASTAÑEDA	
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 AMBULANCIA 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 cualquier órgano externo o reglamento interno, código o directriz interna de la E.S.E. que tenga relación 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 gobierno y ética institucional y/o profesional. 4. Pagar sus aportes al sistema de seguridad social integral durante la ejecución del presente 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 gestión de la Subred Suroccidental relacionados con la gestión ambiental, seguridad y salud 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 habitación, auditoría 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, transformación natural, gestión clínica excelente y segura, gestión de la tecnología, atención centrada en el usuario 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 paciente a la ambulancia y permanecer en contacto permanente con el mismo.	REGISTRO TURNO
11. Preparar y presentar los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas requeridas por las entidades públicas o privadas dentro de los términos de ley garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos. 12. Asistir 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 el desarrollo de las actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución 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 de la 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 los 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 intervenir el sector salud, debe 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): \$1414080 (un millón cuatrocientos catorce mil cero ochenta pesos)

DANIEL JAVIER ALMANZA CASTAÑEDA CC 1032359225

Firma de recibido supervisor: *[Firma]*

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

La salud
es de todos

Minsalud

(https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Default.aspx)

Funcionarios (/Funcionarios) Preguntas Frecuentes (Transparencia/Preguntas-frecuentes) Mapa del Sitio (/Mapa-del-sitio) Buscador (/buscador)



(https://www.facebook.com/ADRESCol/)



(https://twitter.com/AdresCol/)

Compensación ▶ Consultas y estadísticas ▶ Maestro de Afiliados Compensados (https://www.adres.gov.co/Compensacion/Consultas-y-estadisticas/Maestro-de-Afiliados-Compensados)

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

ID	IDENTIFICACION	NOMBRE APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIADO
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	2018-11	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	11/2018	30	COTIZANTE
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

La salud
es de todos

Minsalud

(https://www.minsalud.gov.co/Paginas/default.aspx)

- Presidencia (https://es.presidencia.gov.co/Paginas/presidencia.aspx)
- Vicepresidencia (https://www.vicepresidencia.gov.co/Paginas/inicio.aspx)
- MinJusticia (https://www.minjusticia.gov.co)
- MinDefensa (https://www.mindefensa.gov.co)
- MinTrabajo (https://www.mintrabajo.gov.co/)
- MinInterior (https://www.mininterior.gov.co/)
- MinRelaciones (https://www.cancilleria.gov.co/)

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
					1
					UPC
					0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2018-12	2018-12	1	15/01/2019	32032176	\$224,300

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Coltización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados	
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor		Valor Mora Coltización			
EPS004	MEDIMAS EPS SAS	901097473-5	97.700	0		0		0	9	700	0	98.400	1

Código A/FP	Nombre	NIT	Colectación Obligatoria	Aporte Voluntario Antilado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Colectación	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Protection (ING + Protection)	80022939.0	125.000	0	0	0	0	9	900	0	125.000	1

[illegible]

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
------------	--------	-----	--------------	-----------	-------------------	---------------	---------------

Valor Aporte	Días 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 LIMA, RPR y Mora	Total a Pagar
Salud	1	97.700	98.400
Pensión	1	125.000	125.900
Riesgos Laborales	0	0	0
CCE	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SEMA	0	0	0
TOTALES	2	222.700	224.300

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

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032359225	DANIEL JAVIER ALMANZA CASTAÑEDA	CR 101 83 90 AP 307 IN 2	4315900	DANIEL.JAVIER.A.C@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.
					EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
					NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DI/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DI/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
					UIC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2018-12	2018-12	1	18/01/2019	32032176	\$224,300

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									
No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Exonerado	ING	RET	TDE	TA
1	CC	1032359225	ALMANZA CASTAÑEDA DANIEL JAVIER	3	0	N			
INFORMACIÓN NOVEDADES									
PENSION									
CORRECCIÓN									
Cód. AFP									
230201									
IBS AFP									
781.242									
Cotización									
123.800									
Voluntari o Afilado									
0									
Voluntario Aportante									
0									
Fondo pensional solidario									
0									
Fondo pensional de subsistencia									
0									
Cód. EPS									
EPS044									
IBS EPS									
781.242									
Cotización/ Valor UPC									
91.700									
Cód. ARL									
0									
IBS ARL									
0									
Clase de Riesgo									
0									
Cotización CCF									
0									
IBS CCF									
0									
Aporte CCF									
0									
IBS otros prestaciones									
0									
Aporte SENA									
0									
Aporte ICBF									
0									
Aporte ESAP									
0									
Aporte MEN									
0									

PAGA PAGADA