Secretaría de Salud 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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MERY LUZ TORRES ALFONSO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52.086.564							
CORREO ELECTRONICO:	mery.torres@cun.edu.com				CELULAR:	3102919006							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SUR												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	FACTURACION - DEVOLUCIONES				SEDE:	PUENTE ARANDA SU11							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de	%	Centro de	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	SU40R23	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	053-801052-51								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	935-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		3 de 3			
NÚMERO DE CDP	31	FECHA	8/01/2021	NUMERO CRP	11107	FECHA	31/01/2021		
NÚMERO DE CDP	31	FECHA	8/01/2021	NUMERO CRP	15695	FECHA	16/02/2021		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL ÁREA DE FACTURACIÓN 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	4	2021		30	4	2021
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.092.172							
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%						

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$6.276.516
VALOR EJECUTADO	$6.276.516
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.092.172
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
100	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.271,315 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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9418040707	$908.626,00	$113.600	$145.400	3	$22.200	$281.200

Dado en Bogotá a los (30) días del mes de ABRIL del año Dos Mil veintiuno **(2021)**. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MERY LUZ TORRES ALFONSO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA