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. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ORLINDA HERRERA JARAMILLO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	39.626.698						
CORREO ELECTRONICO:	lindaherrerajaramillo76@gmail,com				CELULAR:	3144262763						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	KE10											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	uci				SEDE:	Kennedy						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	KE10J02-CV	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DE BOGOTA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCAF	570107540								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4478-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			3 DE 3		
NÚMERO DE CDP	30	FECHA	08/01/2021	NÚMERO DE CRP	13447	FECHA	31/01/2021		
NÚMERO DE CDP									
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA								
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		1	4	2021		31	4	2021	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.737.180								
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	$0						

SE LABORAN 180 HORAS # 1

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	**$6.696.00**
VALOR EJECUTADO	**$5.606.172**
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$1.737.180**
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.089.828
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	84%

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 $**2.271315** 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
49162582	$908.526,00	$113.600	$145.400	3	$22.200	**$281.200**

Dado en bogota alos dias del mes De abril del año dos mil veintiuno (2021) lo anterior para que surta el pago pertinente cordialmente

ROSA INES LEON
PROFESIONAL ESPECIALIZADO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ORLINDA HERRERA JARAMILLO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA