

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



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUISA FERNANDA HERNANDEZ HERRERA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1032424901							
CORREO ELECTRONICO:	luisa.hdzhh25@gmail.com					CELULAR:	3124797276						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS SUR OCCIDENTE E.S.E.							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				URGENCIAS				SEDE:		PABLO VI			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	PA16B01	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA					TIPO DE CUENTA:		AHORROS					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA						41337672611				PENSIONADO	NO		

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1358-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			3 DE 3					
NÚMERO DE CDP	495	FECHA	31/03/2021	NÚMERO DE CRP	22802	FECHA	12/04/2021					
NÚMERO DE CDP		FECHA		NÚMERO DE CRP		FECHA						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO MEDICO DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA INSTITUCION.											

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	4	2021		30	4	2021

VALOR HONORARIOS MENSUALES:	\$8.996.492
-----------------------------	-------------

TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	NO APLICA
-------------------	-------------	---------------------	-----------

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.
SE COBRAN 268 HORAS VALOR HORA \$33,569

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 27,115,026
VALOR EJECUTADO	\$27.093.888
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$8.996.492
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	99%

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
7785956965	\$3.302.697	\$412.900	528.500	3	\$80.500	\$1.021.900

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,

EVELING TATIANA CAPERA
SUPERVISOR DEL CONTRATO

LUISA FERNANDA HERNANDEZ HERRERA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA