Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

| | |
|---|---|
| Versión | 1 |
| Fecha de aprobación | 19/03/2018 |
| Código | 04.02.FO.0002 |

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | diaz diaz ingrid mireya | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | CC | X | CE | | NO. | 51.721.959 | |
| CORREO ELECTRONICO: | mireyadiaz15@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3008594630 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | KE10 | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | MATERNIDAD | | | | SEDE: | KENNEDY | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | KE1003 | 100 | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA: | 500069778 | | | | | | PENSIONADO: | No | | | | |

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

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 1783-2021 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO: | 4 DE 4 | | | | |
| NÚMERO DE CDP: | 609 | FECHA: | 26/04/2021 | NUMERO DE CRP: | 25783 | FECHA: | 30/04/2021 | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | |
| | | 1 | 5 | 2021 | | 31 | 5 | 2021 | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.852.992 | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS: | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | | | $0 | | | | |

OBSERVACIONES: 192 horas laboradas

**CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO**

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $7.238.250 |
| VALOR EJECUTADO: | $7.064.532 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: | $1.852.992 |
| VALOR A LIBERAR: | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR: | $173.718 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN: | 97% |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9419158848 | $ 908.526 | $113.566 | $145.364 | 3 | $22.132 | $281.062 |

dado en bogota a los ( ) dias De Mayo el dos mil veintiuno (2021) lo anterior para que surta el pago pertinente cordialmente

DIANA MARIA ESPITIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

IngridMireyaDiaz
INGRID MIREYA DIAZ DIAZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA