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
		Fecha de aprobación	15/02/2018
		Código:	04-02-FO-0002
			ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARIA DEL ROSARIO LARIOS SANDOVAL											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1010219936						
CORREO ELECTRONICO:	mariadelrosariolariossandoval@gmail.com				CELULAR:	3227610877						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	**KE10**											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	UNIDAD DE RECIEN NACIDOS				SEDE:	Kennedy						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	KE10J09/COV19	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	002300291768								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**1754/2021**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**5 de 5**			
NÚMERO DE CDP	**755**	FECHA	**25/05/21**	**NÚMERO DE CRP**	**30345**	**FECHA**	**31/05/21**			
OBJETO DEL CONTRATO:	**AUXILIAR DE ENFERMERIA**									
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO		
		1	6	2021		30	6	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1,737,180									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

OBSERVACIONES: 180 HORAS
MANEJO CODIGO PIN

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$8,975,430
VALOR EJECUTADO	$8,685,900
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,737,180
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$289,530
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	96%

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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1037629788	908, 526	113, 600	145, 400	3	22, 200	**$281, 200**

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de JUNIO del año dos mil Veintiuno 2021, Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

NANCI CASALLAS	**MARIA DEL ROSARIO LARIOS SANDOVAL**
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	**NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA**