Secretaria 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:	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			1 DE 5		
NÚMERO DE CDP	609	FECHA	26/04/2021	NÚMERO DE CRP	25486	FECHA	30/04/2021		
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	5	2021		31	5	2021	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$6.942.730								
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 206 HORAS VALOR HORA $33,569

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$30.810.312
VALOR EJECUTADO	$30.810.312
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$6.942.730**
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	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
7789601703	$3.598.596	$449.900	575.800	3	$87.700	**$1.113.400**

Dado en Bogotá a los **(04)** días del mes de **JUNIO** del año **Dos Mil Veintiuno (2021)**. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

DIANA CAROLINA MONTERO
SUPERVISOR DEL CONTRATO

LUISA FERNANDA HERNANDEZ HERRERA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Scanned by TapScanner