| 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. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 15/02/2018 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0002 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | OMAR RICARDO ALARCON GALEANO | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | CC | X | CE | | NO. | 1033787099 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | OMAR.ALA96@HOTMAIL.COM | | | | CELULAR: | 3015326431 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | | KE10 | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | UCI INTERMEDIO | | | | SEDE: | Kennedy | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | KE10J05-CV19 | 100 | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 570111625 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | | |

| INFORMACION PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 1811 DEL 2021 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 7 DE 7 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 824 | FECHA | 21/06/2021 | NÚMERO DE CRP | 35992 | FECHA | 30/06/2021 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | |
| | | 1 | 8 | 2021 | | 31 | 8 | 2021 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.678.500 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | | | | $0 | | | | | |

OBSERVACIONES: 180 horas laboradas

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| CONCEPTO | VALORES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $13.876.344 |
| VALOR EJECUTADO | $12.352.941 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $1.678.500 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $1.523.403 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 90% |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 52362455 | $908.526,00 | $113.600 | $145.400 | 3 | $22.200 | **$281.200** |

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

Omar Alarcón

**NANCY CASALLAS**
**PROFESIONAL ESPECIALIZADO**
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

**OMAR ALARCON**
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA



Escaneado con CamScanner