	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	04-03-FO-0003

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	KAREN JULIETH JEREZ JIMENEZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO:	1026584183						
CORREO ELECTRÓNICO:	karen_jerez@hotmail.es				CELULAR:	3124838665						
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	%
	KE10I03	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DE BOGOTA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA:	316104363					PENSIONADO	No					

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1957-21			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			7 DE 7				
NUMERO DE CDP	924	FECHA	21/06/2021	NUMERO DE CRP	36103	FECHA	30/06/2021				
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL DE ENFERMERIA										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	7	2021		31	7	2021			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.410.688										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%	$0								
OBSERVACIONES:	192 HORAS										

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$24.514.320
VALOR EJECUTADO	$21.103.632
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.410.688
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3.410.688
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	86%

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
51892657	$1.364.275,20	$170.534	$218.284	3	$33.234	**$422.052**

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

NANCY CASALLAS

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

KAREN JULIETH JEREZ JIMENEZ

FIRMA DEL CONTRATISTA

Falta Secop