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:	MARTHA ALICIA LAGOS VARGAS											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52,066,691						
CORREO ELECTRONICO:	martylagos@hotmail.com				CELULAR:	3195081220						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					**KE 10**							
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	004800425599								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**1748/2021**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**7 DE 7**		
NÚMERO DE CDP	**924**	FECHA	**06 - 21 - 2021**		**35940**	**FECHA**	**06 - 30- 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:	$1.737.180								
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:	$12.565.602
VALOR EJECUTADO	$12.276.072
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.737.180
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$289.530
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	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9422965756	$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,

NANCI CASALLAS	**MARTHA ALICIA LAGOS**
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	**NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA**