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:	JOYA ESTUPIÑAN NANCI												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	24059828							
CORREO ELECTRONICO:	nancijoya03@gmail.com				CELULAR:	3125463674							
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	0 0 0 5 7 0 1 1 2 0 5 2								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**1724/2021**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**7 DE 7**			
NÚMERO DE CDP	**924**	FECHA	**06- 21- 2021**	**NÚMERO DE CRP**	**35924**	**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:	$13.318.380
VALOR EJECUTADO	$13.086.756
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.737.180
7	$0
SALDO POR EJECUTAR	$231.624
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	98%

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**
8352152375	$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	**NANCI JOYA ESTUPIÑAN**
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	**NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA**

6948

48852

4020000

F