

 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 TESORERÍA	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:				JEIMY HERNANDEZ ACUÑA											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C.	X	C.E.	NO.		53,031,118						
CORREO ELECTRONICO:				jayeivi21@hotmail.com				CELULAR:		300 472 64 68					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								USS FONTIBON							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				UCI				SEDE:		FONTIBON F003					
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		FO03J02CV19	100												
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DAVIVIENDA						TIPO DE CUENTA:		Ahorros					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				452970032853						PENSIONADO		No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS															
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				6344-2021				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				6			
NÚMERO DE CDP		1102		FECHA		22/07/2021		NÚMERO DE CRP		42319		FECHA		31/07/2021	
OBJETO DEL CONTRATO:				PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL AREA DE ENFERMERIA DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRE INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E, DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL											
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DIA	MES	AÑO	HASTA		DIA	MES	AÑO		
						1	8	2021			31	8	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES: HORA								\$9.651							
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial				RESERVA DE GLOSA				NO APLICA					

OBSERVACIONES: 186 HORAS MES DE AGOSTO

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$3.590.172
VALOR EJECUTADO	\$1.795.086
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1.795.086
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$1.795.086
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	50%

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
9423410780	\$908.526	\$113.600	\$145.400	3	\$22.200	\$281.200

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

RODOLFO DUARTE CELY

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

JEIMY HERNANDEZ ACUÑA

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA