

 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:				URGENCIAS				SEDE:		FONTIBON F003			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		F003J02CV19	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				3			
NÚMERO DE CDP		1325		FECHA		08/27/21		NÚMERO DE CRP		46297		FECHA		08/31/21	
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	9	2021			30	9	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES: HORA				\$9.651											
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA				NO APLICA							

OBSERVACIONES: 180 HORAS MES DE AGOSTO - 150 HORAS MES DE SEPTIEMBRE

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$3.590.172
VALOR EJECUTADO	\$2.142.522
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1.447.650
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$1.447.650
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	60%

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
9423601414	\$908.526	\$113.600	\$145.400	3	\$22.200	\$281.200

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

RODOLFO DUARTE CELY	JEIMY HERNANDEZ ACUÑA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA