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:	**SANDRA PATRICIA PLAZAS CASTILLO**											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52203668						
CORREO ELECTRONICO:	paticoblu@gmail.com				CELULAR:	3114593501						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	**USS PATIO BONITO**											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SERVICIO FARMACEUTICO				SEDE:	**Sur**						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	SU55M05	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7500883694								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**2661-2021**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**8 DE 11**				
NÚMERO DE CDP	**1307**	FECHA	**24/08/2021**	**NÚMERO DE CRP**		**47466**	**FECHA**	**31/08/2021**			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de farmacia, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED 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 HORA :	**$9.651**										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%									

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	**$19.745.946**
VALOR EJECUTADO	**$14.360.688**
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$1.795.086**
VALOR A LIBERAR	**$0**
SALDO POR EJECUTAR	**$5.385.258**
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	**73%**

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
1039628934	$ 908.526	$113.600	$145.400	3	$22.200	**$281.200**

Dado en Bogotá a los 30 días del mes de septiembre del año Dos Mil veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

RODRIGO GONZALEZ FONSECA
Profesional Universitario Area de la Salud
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

SANDRA PATRICIA PLAZAS CASTILLO
Auxiliar de servicios farmaceuticos
C.C 52.203.668
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA