

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

Versión: 3
 Fecha de aprobación: 16/02/2018
 Código: 04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		PALOMINO RUIZ ANGELA PAOLA										
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C	X	C.E	NO.		1022333438					
CORREO ELECTRONICO:		ANGELA.777@HOTMAIL.COM				CELULAR:		3212314956				
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						KE10						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		RECIENTOS NACIDOS				SEDE:		KENNEDY				
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	J09	100										
ENTIDAD FINANCIERA:		DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA						500067236		PENSIONADO		NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		1586-2018		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		4 DE 4			
NÚMERO DE CDP	803	FECHA	18/04/2018	NÚMERO DE CRP	20949	FECHA	30/04/2018		
OBJETO DEL CONTRATO:		AUXILIAR DE ENFERMERIA							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
			1	5	2018		31	5	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		\$1.576.350							
TIPO DE SERVICIOS		RESERVA DE GLOSA 2%		\$0					

OBSERVACIONES: HORAS LABORADAS 186

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$6.305.400
VALOR EJECUTADO	\$6.305.400
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1.576.350
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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 \$1.953.105, 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
1012285510	\$781.242	\$97.700	\$125.000	3	\$19.100	\$241.800

Dado en Bogotá a los () días del mes de MAYO del año Dos Mil Dieciocho (2018) Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

ANA RINCON
ANA TULIA RINCON SALCEDO
 NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ANGELA PAOLA PALOMINO RUIZ
ANGELA PAOLA PALOMINO RUIZ
 NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA