

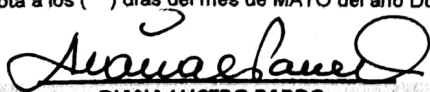
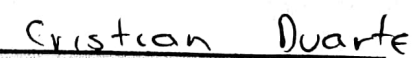
 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Bogotá, D.C.
		Fecha de aprobación	16/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				CRISTIAN CAMILO DUARTE MARTINEZ											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		1022325308						
CORREO ELECTRONICO:				doctorcrisan@gmail.com				CELULAR:		3017846252					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				KE12											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				FLORALIA				SEDE:		Kennedy					
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		J10	100												
ENTIDAD FINANCIERA:				DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				4570188732								PENSIONADO		No	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS													
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				1780 DEL 2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				4 DE 4	
NÚMERO DE CDP		33-803	FECHA	12/1/18-18/4/18	NÚMERO DE CRP		9953-21124	FECHA	31/1/18-30/4/18				
OBJETO DEL CONTRATO:				PROFESIONAL DE ENFERMERÍA									
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DIA	MES	AÑO	HASTA		DIA	MES	AÑO
						1	5	2018			31	5	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$2.901.414									
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%				\$0					

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$11.605.656
VALOR EJECUTADO	\$11.605.656
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$2.901.414
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 <u>mínimo</u> 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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
2320504633	\$1.160.000,00	\$145.000	\$185.600	3	\$28.300	\$358.900
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, <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">  DIANA LUCERO PARDO PROFESIONAL ESPECIALIZADO NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR: </div> <div style="text-align: center;">  CRISTIAN CAMILO DUARTE MARTINEZ NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA </div> </div>						