

 GOBIERNO DE BOGOTÁ 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:				LEIDY JOHANA PEÑA MANRIQUE									
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		1015992770				
CORREO ELECTRONICO:				STEFYALY@HOTMAIL.COM				CELULAR:		3142580123			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								KE10					
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				URGENCIAS				SEDE:		Kennedy			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		B02	100										
ENTIDAD FINANCIERA:				davivienda				TIPO DE CUENTA:		Ahorros			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				000570107896				PENSIONADO		No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS													
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:			1577 DEL 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			4 DE 4				
NÚMERO DE CDP		803	FECHA		18/04/2018	NÚMERO DE CRP		20940	FECHA		30/04/2018		
OBJETO DEL CONTRATO:			AUXILIAR DE ENFERMERÍA										
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DIA	MES	AÑO	HASTA		DIA	MES	AÑO
						1	5	2018			31	5	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1.525.500									
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%				\$0					

OBSERVACIONES: SE ELABORAN 180 HORAS

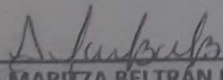
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$6.305.400
VALOR EJECUTADO	\$6.102.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1.525.500
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$203.400
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	97%

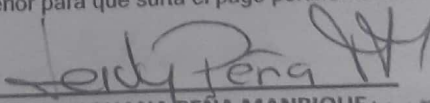
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1013139211	\$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,


 DIANA MARITZA BELTRÁN BEJARANO
 PROFESIONAL ESPECIALIZADO
 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:


 LEIDY JOHANA PEÑA MANRIQUE 1015992770
 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA