



CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE
PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPPS) PARA PROCESO DE PAGO POR
TESORERÍA

Valor	1
Fecha de emisión	14/02/2022
Valor	14.000.000

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA	doby Danilo Zúñiga Santos			
TIPO DE DOCUMENTO	C.C.	X	C.E.	NO
CORREO ELECTRÓNICO	dobyd2727@hotmail.co		CELULAR	9213860767
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	KE12			
UBICACIÓN DEL SERVICIO	FLORALIA		SEDE	MEMORIOY
CENTRO DE COSTOS	Centro de costo KE12J10	% 100%	Centro de costo	% 100%
ENTIDAD FINANCIERA	davienda		TIPO DE CUENTA	ALICHOCS
NÚMERO DE CUENTA BANCARIA	8400720862		PENSIÓNADO	NO

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3142/2022	Nº DE PAGOS DEL CONTRATO	1 DE 1				
NÚMERO DE CDP	116	FECHA	3/01/2022	NÚMERO DE CRP	2330	FECHA	31/01/2022

OBJETO DEL CONTRATO:

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

PERIODO CERTIFICADO:

VALOR HONORARIOS MENSUALES:	DESDE	DÍA	MES	AÑO	HASTA	DÍA	MES	AÑO
		1	1	2022		31	1	2022

TIPO DE SERVICIOS

ASISTENCIAL

RESERVA DE GLOSA 2%

668590

\$0

OBSERVACIONES :90 HORAS LABORADAS

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	
VALOR EJECUTADO	24030090
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	23700126
VALOR A LIBERAR	668590
SALDO POR EJECUTAR	234664
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	92%

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 COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1043923749	908526	113600	145200	3	22200	299400

Dado en Bogotá a los días () del mes de FEBRERO del año Dos Mil Veintidos (2022). Lo anterior para que surta el pago pertinente.
Cordialmente,

JORGE ENRIQUE SOLER
NOMBRE Y FIRMA DEL REFERENTE DE ENFERMERÍA:

Doby Danilo Zúñiga Santos
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

1-Libro de inventario
2-Registro del traslado de historias clínicas de la unidad

1-Formato de asistencia de capacitación

11

1. The first step is to identify the problem or question that needs to be answered. This involves understanding the context and the specific requirements of the task.

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUMA INTEGRAL DE SERVICIOS SUPLENIENTE E.S.E

NIT 999 999 999

DEBE A:

DOBY DANILO ZUÑIGA SANTOS

C.C 79990719

LA SUMA DE OCHOCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS NOVENTA MIL PESOS (\$ 868.590)
por concepto de prestación de servicios como auxiliar de enfermería, en la unidad de salud
mental floralia, durante el periodo de 01 al 31 de ENER de 2022 de conformidad con lo establecido
en el contrato de prestación de servicios No 3142 2022.

Doby Danilo Zuñiga

DOBY DANILO ZUÑIGA SANTOS

C.C 79.990.719

CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

NUMERO 8460729862

