6037 — 13646

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	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	31/03/2017	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ROSA ELVIRA PULIDO RODRIGUEZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	39.758.304						
CORREO ELECTRONICO:	rosapulido1629@gmail.com				CELULAR:	3138380815						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	MEDICINA INTERNA				SEDE:	Fontibon						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	I05C4	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	451.470.011.763								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1-1328-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1			
NÚMERO DE CDP	33	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	9605	FECHA	31-01-2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFECIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E,S.E., DE ACUERDO A LAS NESECIDADES DE LA INSTITUCION.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	2	2018		29	2	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES: HORA	$8.475									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	$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:	$4.729.050
VALOR EJECUTADO	$1.474.650
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.474.650
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3.254.400
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	33.33%

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 **$1.844.293**, 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
8883211860	$781.242,00	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$241.800**

Dado en Bogotá a los (15) días del mes de FEBRERO del año Dos Mil DIECIOCHO (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

Claudia Benavides

CLAUDIA XIMENA BENAVIDEZ RODRIGUZ

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Rosa Elvira Pulido

ROSA ELVIRA PULIDO RODRIGUEZ

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA