	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	**3**
		Fecha de aprobación	**2/15/2018**
		Código:	**04-02-FO-0002**

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Yeison Antonio Orjuela Saavedra											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.023.012.433						
CORREO ELECTRONICO:	yaorjuela@fucsalud.edu.co				CELULAR:	3004441467						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	**subred sur occidente**											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA				SEDE:	Kennedy						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	N0806	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	468200052297								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**1117-2018**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO	**2 DE 3**			
NÚMERO DE CDP	33	FECHA	1/12/2018	**NÚMERO DE CRP**	**9329**	**FECHA**	**1/31/2018**	
OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTAR SERVICIOS PROFECIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA APH**							
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO
		1	3	2018		31	3	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.613.969							
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL		RESERVA DE GLOSA 2%					

OBSERVACIONES: 190 HORAS LABORADAS

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$4.729.050
VALOR EJECUTADO	$3.024.015
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.613.969
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.705.035
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	64%

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**
1011007686	$781.242,00	$97.700	$125.000	4	$0	**$222.700**

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

Yeison Antonio Orjuela Saavedra

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR: **NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA**