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.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DORIS BIBIANA DAZA POVEDA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52827450							
CORREO ELECTRONICO:	bibidaza1@gmail.com				CELULAR:	3143856890							
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	8000731946								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1036 DEL 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		2 DE 3					
NÚMERO DE CDP	33	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	9243	FECHA	31/01/2018				
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERÍA										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	3	2018		31	3	2018			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$762,750,										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	$0								

OBSERVACIONES:ADICION 90 HORAS POR $762,750 AL CONTRATO DE OPS 1036

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$5,491,800
VALOR EJECUTADO	$3,712,050
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$762,750,
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1,779,750
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	62%

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
8478288440-8476742228	$915,300,00	$16,800,	$21,500.	3	$3,200,	**$42,300,**

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de marzo 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:

Bibiana Daza.
DORIS BIBIANA DAZA POVEDA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA