

 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 TESORERÍA		Versión 3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.</small>
			Fecha de aprobación 15/02/2018	
			Código: 04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				NELVI JAZMIN PINILLA BERMUDEZ											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C.	X	C.E.	NO.		1019060705						
CORREO ELECTRONICO:				nelvi110@hotmail.com				CELULAR:		3214084755					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:															
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				UCIA				SEDE:		Kennedy					
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		J02	100												
ENTIDAD FINANCIERA:				DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA								570122341		PENSIONADO		No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS																			
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				3379-2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				13 DE 13							
NÚMERO DE CDP		1731		FECHA		29OCT-18		NÚMERO DE CRP		145850		FECHA		31/OCT-18					
OBJETO DEL CONTRATO:				AUXILIAR DE ENFERMERIA															
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DIA		MES		AÑO		HASTA		DIA		MES		AÑO	
						1		11		2018				30		11		2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$2.339.100															
TIPO DE SERVICIOS				Asistencial				RESERVA DE GLOSA 2%				NO							

OBSERVACIONES: 186 HORAS + 90 HORAS ADICIONALES

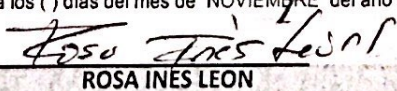
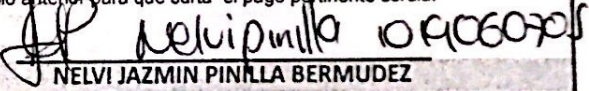
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$20.243.835
VALOR EJECUTADO	\$18.051.750
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$2.339.100
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$2.192.080
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	89%

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 \$1.953105, 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
8330693063	\$781.242,00	\$97.700	\$125.000	3	\$19.100	\$241.800

Dado en Bogotá a los () días del mes de NOVIEMBRE del año Dos Mil dieciocho(2018) lo anterior para que surta el pago pertinente cordial

ROSA INÉS LEÓN
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

NELVI JAZMIN PINILLA BERMUDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA