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:	URREA MORALES PAULA ALEXANDRA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1016062510						
CORREO ELECTRÓNICO:	paulamorales719@gmail.com				CELULAR:	3123357750						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SEDE KENNEDY											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Rehabilitación				SEDE:	KENNEDY						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	M07-KE 10	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	057046247008702 6								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4177-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		7 de 7				
NÚMERO DE CDP	1731	FECHA	29/10/18	NÚMERO DE CRP	46159	FECHA	31/10/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	11	2018		30	11	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2 665 080									
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%								

OBSERVACIONES: SE ANEXA PAGO DE SEGURIDAD SOCIA CORRESPONDIENTE A MES DE OCTUBRE EL CUAL SE PAGO SOBRE EL 40% DE $1,102,000

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$18.640.747
VALOR EJECUTADO	$18.551.918
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.665.080
VALOR A LIBERAR	
SALDO POR EJECUTAR	$88.829
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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 **$1953105**, 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
30726589	1,102,000	$137.800	$176.400	3	$26.900	**$341.100**

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de noviembre del año dos mil diez y ocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

ROSA PULIDO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

PAULA ALEXANDRA URREA MORALES
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

NOV 22/18