	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3
		Fecha de aprobación	17/10/2018
		Código	54-02-FO-0002

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA	Daniel Arturo Castillo Castelblanco												
TIPO DE DOCUMENTO	C.C.	x	C.E.		NO	1022366818							
CORREO ELECTRONICO	castillodac@hotmail.com				CELULAR	3197943105							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD						KE10							
UBICACIÓN DEL SERVICIO	CONSULTA EXTERNA				SEDE	KENNEDY							
CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	A32	100											
ENTIDAD FINANCIERA	bancolombia				TIPO DE CUENTA	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	16721201850								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS											
NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA	5703/2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		01 de 01					
NUMERO DE CDP	1569	FECHA	29/09/18	NÚMERO DE CRP	40656	FECHA	25/09/18				
OBJETO DEL CONTRATO	Auxiliar Administrativo										
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		25	9	2018		31	10	2018			
VALOR HONORARIOS MENSUALES	$1.500.000										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%			No aplica						

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	$1.500.000
VALOR EJECUTADO	$1.500.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.500.000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
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 **$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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8484627781	$156.249,00	$19.800	$25.200	3	$19.100	$64.100

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de octubre del año Dos Mil diez y ocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

Lady Hicel Moreno O.
Enfermera Jefe
C.C. No. 1007929

Lady Hicel Moreno Ortegon
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Daniel A Castillo C

Daniel Arturo Castillo Castelblanco
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Scanned by CamScanner