

 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	 ALCALÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				DIANA ANDREA PAZ ACUÑA											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		1.018.433.233						
CORREO ELECTRONICO:				yana_40@hotmail.com				CELULAR:		321 204 11 35					
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				57000 487038 9857				PENSIONADO		No					

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS													
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				1692 DEL 2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				9 de 9	
NÚMERO DE CDP		1698	FECHA	28/09/2018	NÚMERO DE CRP		41436	FECHA		30/09/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:				PROFESIONAL DE ENFERMERÍA									
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
					1	10	2018		31	10	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$2.901.414									
TIPO DE SERVICIOS				Asistencial				RESERVA DE GLOSA 2%				\$0	

OBSERVACIONES:													
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO													
CONCEPTO										VALORES			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:										\$27.142.260			
VALOR EJECUTADO										\$26.955.072			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA										\$2.901.414			
VALOR A LIBERAR										\$0			
SALDO POR EJECUTAR										\$187.188			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN										99%			

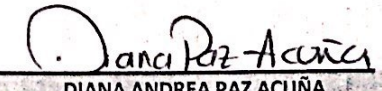
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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
8483261161	\$1.160.565,60	\$145.071	\$185.690	3	\$28.271	\$359.033

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


DIANA ANDREA PAZ ACUÑA
 NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA