107

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:	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	%	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	10 DE 10						
NÚMERO DE CDP	1731	FECHA	29/10/2018	NÚMERO DE CRP	44783	FECHA	31/10/2018					
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL DE ENFERMERÍA											
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO				
		1	11	2018		30	11	2018				
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.807.820											
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	$0									

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$29.950.080
VALOR EJECUTADO	$29.762.892
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.807.820
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
8484351166	$1.123.128,00	$140.391	$179.700	3	$27.359	**$347.451**

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de NOVIEMBRE 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 Paz Acuña

DIANA ANDREA PAZ ACUÑA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Scanned with CamScanner