

 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 1	 ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD
		Fecha de aprobación 09/11/2016	
		Código: 15-02-FO-0002	

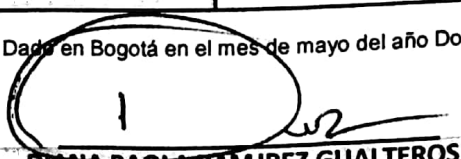
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				ANGEL ALBERTO ROMERO GONZALEZ									
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C.	X	C.E.	NO.		1.023.894.780				
CORREO ELECTRONICO:				angelromero1245@gmail.com				CELULAR:		3003465827			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								PAPS ABASTOS - SU39					
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				SALUD PUBLICA				SEDE:		Kennedy			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		K30	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:				BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				68375319172						PENSIONADO		No	

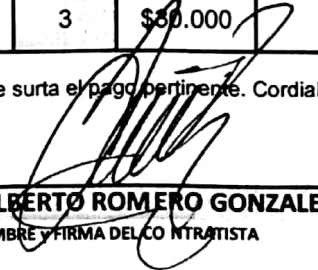
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS																			
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				3597-2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				PAGO 4 DE 4							
NÚMERO DE CDP		804		FECHA		18/04/2018		NÚMERO DE CRP		22723		FECHA		30/04/2018					
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.															
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DIA		MES		AÑO		HASTA		DIA		MES		AÑO	
						1		5		2018				30		5		2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$3.070.655															
TIPO DE SERVICIOS				PIC				RESERVA DE GLOSA 2%								\$0			
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:	\$11.054.358
VALOR EJECUTADO	\$3.070.655
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$3.070.655
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 <u>mínimo</u> 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
1012330185	\$1.228.400,00	\$153.600	\$196.600	3	\$30.000	\$380.200

Dado en Bogotá en el mes de mayo del año Dos Mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,


DIANA PAOLA RAMIREZ GUALTEROS
 NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR R:


ANGEL ALBERTO ROMERO GONZALEZ
 NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA