

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

Versión

3

Fecha de aprobación

2/15/2018

Código:

04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:

Maria del Pilar Salom Hernandez

TIPO DE DOCUMENTO:

C.C

X

C.E

No.

32639381

CORREO ELECTRONICO:

norandjor@gmail.com

CELULAR:

6703423

UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:

SUBRED

UBICACIÓN DEL SERVICIO:

IMAGENOLOGIA NO RADIOLOGICA
FONTIBON

SEDE:

SUBRED

CENTRO DE COSTOS:

Centro de costo

%

FO03L04

0

ENTIDAD FINANCIERA:

BANCO DAVIVIENDA S.A

TIPO DE CUENTA:

AHORRO

NUMERO DE CUENTA BANCARIA

5900071761

PENSIONADO

NO

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO

2219

VIGENCIA

2022

NÚMERO DE CDP

154

FECHA

2022-01-03
00:00:00.000

NÚMERO DE CRP

12402

FECHA

2022-01-31
00:00:00.000

OBJETO DEL CONTRATO:

MEDICO ESPECIALISTA - RADIOLOGO

PERIODO CERTIFICADO:

DESDE

FECHA INICIAL

2022-05-01

HASTA

FECHA FINAL

2022-05-31

VALOR HONORARIOS MENSUALES:

\$18,921,960

TIPO DE SERVICIOS

Asistencial

RESERVA DE GLOSA 0%

N/A

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:

\$132,453,720

VALOR EJECUTADO

\$75,267,352

VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA

\$18,921,960

VALOR A LIBERAR

\$0

SALDO POR EJECUTAR

\$57,186,368

PORCENTAJE DE EJECUCIÓN

57%

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 \$2.194,507 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
58860455	\$7,022,150	\$877,769	\$1,123,544	3	\$171,060	\$2,172,372

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo de 2022. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	32638381	MARIA DEL PILAR SALOM HERNANDEZ	AVDA CALLE 170 # 76-70	6019308488	NORANDUOR@GMAIL.COM				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	NO			

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					SUPLIDOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-04	2022-04	1	11/05/2022	58860455	\$2.242.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad	Días Mora	No. Afiliados
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	877.800	0	No. Autorización	Valor			
					0	0		0	1

TOTALES PENSION									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Subsolidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	No. Afiliados
231001	Colombia	800227940-6	1.123.800	0	0	35.200	35.200	0	1

TOTALES RIESGOS LABORALES													
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto Cotización	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Reducido Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor								
14-11	ARL SURA	880063790-5	171.100	0	0	171.100	0	0	171.100	0	1.711	171.100	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados		

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de RIE, LMA, RPP y Mora	Total a Pagar	No. Afiliados
Salud	1	877.800	877.800	877.800
Pensión	1	1.194.000	1.194.000	1.194.000
Riesgos Laborales	1	171.100	171.100	171.100
CCF	0	0	0	0
ESAP	0	0	0	0
ICBF	0	0	0	0
MEN	0	0	0	0
SENA	0	0	0	0
TOTALES	3	2.242.900	2.242.900	2.242.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	
CC	32636381	MARIA DEL PILAR SALOM HERNANDEZ	AVDA CALLE 170 # 76- 70	6018308488	NORANDJIOR@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						
NO						

A
 D
 A
 G
 A
 D