



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
Fecha de aprobación 15/02/2018
Código: 04-02-FO-0002



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA											
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		TORRES GAMBOA AYLM									
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C.	X	C.E.	NO.		1030674373				
CORREO ELECTRONICO:		KENIAYLIM@HOTMAILES				CELULAR:		3208734940			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:		HOSPITAL DE KENNEDY KE10									
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		SEXTO OCCIDENTE				SEDE:		Kennedy			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		101	100%								
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		21371613592				PENSIONADO		No			
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		4984- 2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO		5DE 5			
NÚMERO DE CDP		1731	FECHA		29/10/2018	NÚMERO DE CRP		46615	FECHA		31/10/2018
OBJETO DEL CONTRATO:		TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA									
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
			1	11	2018		30	11	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		\$1.303.128									
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial				RESERVA DE GLOSA 2%					
OBSERVACIONES:		162 HORAS SE DESCUENTAN 24 HORAS POR INCAPACIDAD									
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO											
CONCEPTO						VALORES					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:						\$7.032.065					
VALOR EJECUTADO						\$6.805.224					
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$1.303.128					
VALOR A LIBERAR											
SALDO POR EJECUTAR						\$226.841					
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						96%					
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					
30974893	\$781.242,00	\$97.700	\$125.000	3	\$19.100	\$241.800					
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,											
Ana Tulia Rincon Salcedo						Aylin Torres					
ANA TULIA RINCON SALCEDO						TORRES GAMBOA AYLM					
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:						NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA					