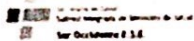


NOV-18



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

Versión: 3
Fecha de actualización: 15-02-2018
Código: 06-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA				MARIA CONSTANZA RODRIGUEZ TRIANA									
TIPO DE DOCUMENTO				CC	X	CE		NO	39703624				
CORREO ELECTRONICO				rconstanza23@gmail.com				CELULAR	3103356035				
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD								Fontibon					
UBICACIÓN DEL SERVICIO				RADIOLOGIA				SEDE:	CAMI II - FO03				
CENTRO DE COSTOS		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		L02	100										
ENTIDAD FINANCIERA				DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA		Ahorros			
NÚMERO DE CUENTA BANCARIA				7380802962				PENSIONADO		No			
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS													
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA				2399 - 2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO		10			
NÚMERO DE CDP		1731		FECHA	29/10/2018		NÚMERO DE CRP	45348		FECHA	31/10/2018		
OBJETO DEL CONTRATO				PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO RAYOS X ,Dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. - UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD FONTIBON, de acuerdo a las necesidades de la institución									
PERIODO CERTIFICADO				DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
					1	11	2018		30	11	2018		
VALOR HONORARIOS HORA				\$10.072									
TIPO DE SERVICIOS				Asistencial				RESERVA DE GLOSA 2%					
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. OCTUBRE 186 HORAS Y NOVIEMBRE 186 HORAS													
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO													
CONCEPTO								VALORES					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES								\$18.733.920					
VALOR EJECUTADO								\$18.733.920					
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$1.873.392					
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 \$1,953,105.00 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente													
Numero de Planilla	IBC DE COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES							
1015337371	\$781.242.00	\$97.655	\$124.999	5	\$0	\$222.654							
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,													
 DRA. CLAUDIA XIMENA BENAVIDES RODRIGUEZ NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR							 MARIA CONSTANZA RODRIGUEZ TRIANA NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA						