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	2/15/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARIA AMALIA CALDERON MORENO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	39.638.597						
CORREO ELECTRONICO:	morenama@hotmail.es				CELULAR:	321 350 31 70						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URGENCIAS				SEDE:	PA16						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	Q04	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	20265721093								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2384-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO	2 DE 3					
NÚMERO DE CDP	33	FECHA	1/12/2018	NÚMERO DE CRP	10580	FECHA	1/31/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area Asistencial 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	3	2018		31	3	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1,265,240									
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%	NO APLICA							

OBSERVACIONES: (son 23 turnos de 8 horas + 4 horas)=188 horas x 6.730 hora = 1.265.240

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$3,755,340
VALOR EJECUTADO	$2,395,880
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$1,265,240**
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1,359,460
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	64%

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%	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8667473790	$781,242	$97,700	$125,000	3	$19,100	**$241,800**

Dado en Bogotá a los **(31)** días del mes de **MARZO** del año Dos Mil Dieciocho **(2018)**. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR: **NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA**