

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

Versión: 2
 Fecha de aprobación: 31/03/2017
 Código: 04-02-FO-0002

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		JESSICA DEVIA GOMEZ					
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C	X	C.E	NO.	1024559627	
CORREO ELECTRONICO:		jessicadevia1995@gmail.com			CELULAR:	3214678811	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:		KE 10					
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		SALA DE PARTOS			SEDE:	Kennedy	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo
	03	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	DEVIVIENDA			TIPO DE CUENTA:	Ahorros		
NUMERO DE CUENTA:	BANCARIA	570120345			PENSIONADO	No	

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3455-2018	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	7 DE 7
NÚMERO DE CDP	1598	FECHA	28-sep-18
NÚMERO DE CRP	42552	FECHA	30/09/2018

OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA					
----------------------	------------------------	--	--	--	--	--

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	10	2018		31	10	2018

VALOR HONORARIOS MENSUALES:	\$2.186.550
-----------------------------	-------------

TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	\$0
-------------------	-------------	---------------------	-----

OBSERVACIONES: HORAS LABORADAS 50 HORAS DE SEPTIEMBRE + 186 HORAS DE OCTUBRE INCAPACIDAD DEL 1 AL 10 DE SEPTIEMBRE Y DEL 14 AL 20 DE SEPTIEMBRE

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

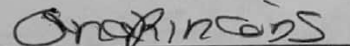
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$14.188.845
VALOR EJECUTADO	\$13.221.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$2.186.550
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

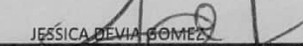
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$1.844.293, 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
1016240819	\$781.242,00	\$97.700	\$125.000	3	\$19.100	\$241.800

Dado en Bogotá a los () días del mes de OCTUBRE del año Dos Mil Diez y Ocho (2018). Lo anterior para que surza el pago pertinente. Cordialmente,


ANA TULIA RINCON SALCEDO
 NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:


JESSICA DEVIA GOMEZ
 NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA