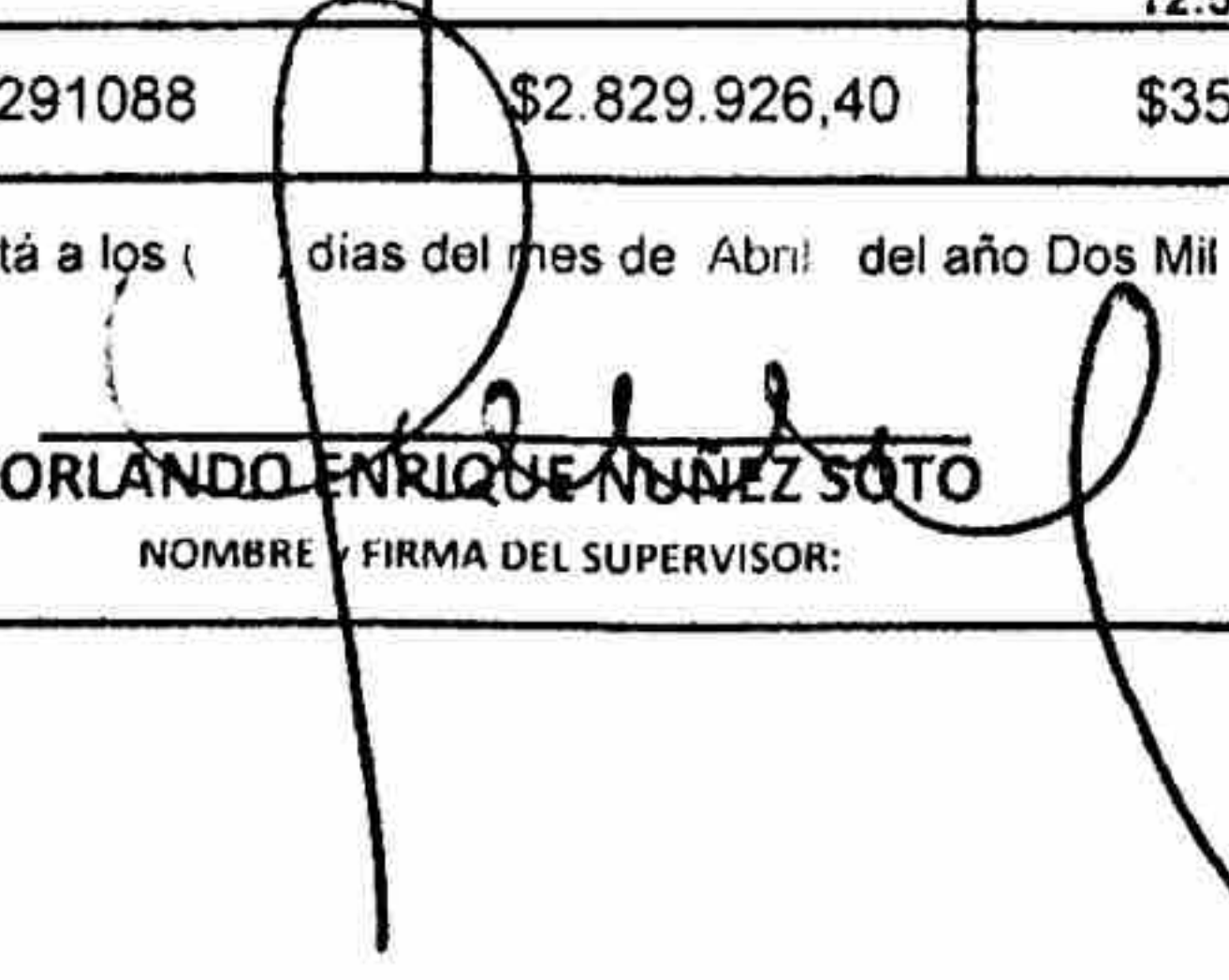
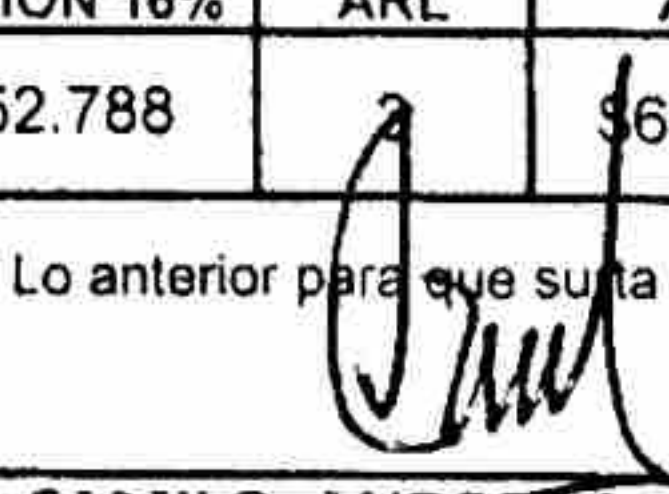


INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA				CAMILO ANDRES ALFONSO CORTES											
TIPO DE DOCUMENTO				CC	X	CE	NO				80 056 317				
CORREO ELECTRONICO				camiloalfonsomd@hotmail.com				CELULAR				314 - 4457369			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD															
UBICACIÓN DEL SERVICIO				UCI ADULTOS				SEDE				Kennedy			
CENTRO DE COSTOS		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
				J - 02	100										
ENTIDAD FINANCIERA				BANCO CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA				Ahorros			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				24521330660				PENSIONADO				No			
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS															
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA				OPS No. 2291 - 2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				3 DE 3			
NÚMERO DE CDP		33	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP			FECHA							
OBJETO DEL CONTRATO				Prestar servicios profesionales u de apoyo a la gestión como INTENSIVISTA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E de las necesidades de la Institución											
PERIODO CERTIFICADO				DESDE		DIA	MES	AÑO	HASTA		DIA	MES	AÑO		
						01	04	2018			30	04	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES				\$7 074 816											
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.															
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO															
CONCEPTO										VALORES					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES										\$21.224.448					
VALOR EJECUTADO										\$20.340.096					
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA										\$7.074.816					
VALOR A LIBERAR										\$0					
SALDO POR EJECUTAR										\$884.352					
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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES									
7686291088	\$2.829.926,40	\$353.741	\$452.788		\$68.937	\$875.466									
Dado en Bogotá a los () días del mes de Abril del año Dos Mil Diez y Ocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente.															
 ORLANDO ENRIQUE NÚÑEZ SOTO NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:										 CAMILO ANDRES ALFONSO CORTES NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA					