N2
163

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	15/02/2018	
		Código	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUISA FERNANDA ZAMBRANO BONILLA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.030.607.848							
CORREO ELECTRONICO:	licha9058@gmail.com				CELULAR:	3187356596							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	KE10												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URGENCIAS				SEDE:	Kennedy							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	KE10B03	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO AV VILLAS				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCA	082973582								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2512 DEL 2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		1 DE 1				
NÚMERO DE CDP	165	FECHA	17/01/2019	NÚMERO DE CRP	14095	FECHA	31/01/2019			
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERÍA									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	2	2019		28	2	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.509.312									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

OBSERVACIONES: 168 HORAS TURNO NOCHE 2

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$5.012.798
VALOR EJECUTADO	$1.509.312
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.509.312
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3.503.486
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	30%

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 **$2,070,290**, 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
1018847387	$828.116	$103.515	$132.499	3	$20.173	$256.186

Dado en Bogotá a los (12) días del mes de FEBRERO del año Dos Mil DIEZNUEVE (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

DIANA MARITZA BELTRÁN BEJARANO
PROFESIONAL ESPECIALIZADO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LUISA FERNANDA ZAMBRANO BONILLA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Scanned by CamScanner