

		CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA				Versión: 3 Fecha de aprobación: 15/02/2018 Código: 04-02-FO-0002				
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA										
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		YEIMY LORENA ROJAS PIRAJAN								
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C	X	C.E	NO.		1073681364			
CORREO ELECTRONICO:		jelcropl1112@hotmail.com				CELULAR:		3114906193		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		AUTORIZACIONES			SEDE:		USS TINTAL			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
KE11R28		100								
ENTIDAD FINANCIERA:		AV VILLAS			TIPO DE CUENTA:		AHORROS			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		684873065			PENSIONADO		NO			
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		16-19-2019		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		6 DE 6				
NÚMERO DE CDP		813	FECHA	21/06/2019	NÚMERO DE CRP	29028	FECHA	30/06/2019		
OBJETO DEL CONTRATO:		Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Facturación 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		DÍA	MES	AÑO	HASTA	DÍA	MES	AÑO
				1	7	2019		31	7	2019
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		\$1.655.031								
TIPO DE SERVICIOS		Administrativo		RESERVA DE GLOSA 2%						
OBSERVACIONES:										
CONTROL DE EJECUCION DEL CONTRATO										
CONCEPTO						VALORES				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:						\$9.930.186				
VALOR EJECUTADO						\$9.930.186				
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						1.655.031				
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 \$2.070.290, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.										
Número de Planilla	IBC DE COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12,5% IBC	APORTE PENSION 16% ARL	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES				
1021073262	\$828.116,00	\$103.600	\$132.500	3	\$19.100	\$256.300				
Dado en Bogotá a los () días del mes de JULIO del año Dos Mil diecinueve 2019. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,										
Luz Mary Torres LUZ MARY TORRES NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:					Yeimy Lorena Rojas Piraian YEIMY LORENA ROJAS PIRAJAN NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA					