

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	1	 <small>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</small> <small>Subred Sur Occidente E.S.E.</small>
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA									
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		ANA MARIA MANTILLA SARMIENTO							
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C	X	C.E		NO.	52.412.712		
CORREO ELECTRONICO:		anamaria.mantillasarmiento@gmail.com				CELULAR:	3114834934		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					Kennedy Britalia SU54				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		SALUD PUBLICA ESPACIO VIVIENDA			SEDE:	Kennedy			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo					%			
	SU54K27					100			
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO COLPATRIA			TIPO DE CUENTA:		Ahorros		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		5092006283					PENSIONADO	No	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		4746-2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			2 DE 2	
NÚMERO DE CDP		332	FECHA	28/02/2019	NÚMERO DE CRP	17560	FECHA	05/03/2019	
OBJETO DEL CONTRATO:		Prestar Servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de PIC, 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	4	2019		30	4	2019
HONORARIOS MENSUALES: TRES MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y CUATRO					\$3.254.894				
TIPO DE SERVICIOS		PIC		RESERVA DE GLOSA 2%		\$0			

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:	\$6.509.788
VALOR EJECUTADO	\$6.184.299
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$3.254.894
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$325.489
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	95%

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 \$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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
33569507	\$1.302.000,00	\$213.200	\$208.400	3	\$31.800	\$453.400

ANGELA MARIA FORERO <small>NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:</small>	ANA MARIA MANTILLA SARMIENTO <small>NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA</small>
---	--