| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | ALFREDO RAMON AGAMEZ VERTEL | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 92.517.025 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | alfagamez@yahoo.es | | | | CE! ULAR: | 3108654440 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | FONTIBON | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | CAMI-II | | | | SEDE: | FONTIBON | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | FO03R28 | 100% | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 7380674981 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 1568-2019 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | 6 | | | | | |
| NÚMERO DE CDP | 997 | FECHA | 22/07/2019 | NÚMERO DE CRP | 33709 | FECHA | 31/07/2019 | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | **Prestar servicios como APOYO ADMINISTRATIVO FACTURADOR URGENCIAS II- AUTORIZADOR a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de Facturacion dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.** | | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | | |
| | | 1 | 8 | 2019 | | 31 | 8 | 2019 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.655.031 | | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Administratvo | RESERVA DE GLOSA 2% | | | | | | | | | |

PERIODO CERTIFICADO:

| CONTROL DE EJECUCIÓN 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 COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 10222988886 | $828.116,00 | $103.600 | $132.500 | 3 | $20.200 | **$256.300** |

Dado en Bogotá del mes de AGOSTO del año Dos Mil Diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

**LUZ MARY TORRES RINCON**
LIDER DE AUTORIZACIONES Y ADMISIONES SUBREDSUROCCIDENTE

**Alfredo Ramon Agamez Vertel**
AUXILIAR DE AUTORIZACIONES