6

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
		Fecha de aprobación	15/02/2018
		Código:	04-02-FO-0002
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.			

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**JAIME ALBERTO LEON GAITAN**												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	**X**	C.E		NO.	**1110459008**							
CORREO ELECTRONICO:	jleon195520@gmail.com				CELULAR:	**3106284842**							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	**USS OCCIDENTE KENNEDY**												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	AUTORIZACIONES				SEDE:	**KE10**							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	R28	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	**8480309783**								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**1586 – 2019**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**10 DE 10**				
NÚMERO DE CDP	**1287**	FECHA	**2019-09-20**	**NÚMERO DE CRP**	**43132**	**FECHA**	**30/09/2019**				
OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTAR SERVICIO DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL AREA DE FACTURACION DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMINETOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E DE ACUERDO AL REQUERIEMIENTO INSTITUCIONAL COMO: APOYO ADMINISTRATIVO FACTURADOR URGENCIAS - AUTORIZACIONES**										
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO			
		1	10	2019		31	10	2019			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	**$1.655.031**										
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%									

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$14.895.279
VALOR EJECUTADO	$14.895.279
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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1024550892	$828.116	$103.600	$132.500	3	$20.200	**$256.300**

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de OCTUBRE del año Dos Mil Dieciocho (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente

LUZ MARY TORRES RINCON
LIDER DE PROCESO

JAIME ALBERTO LEON GAITAN
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA