45

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	20/03/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SONIA PATRICIA MORA TOQUICA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52585711							
CORREO ELECTRONICO:	soniapmora0329@gmail.com				CELULAR:	3192526442							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	AUTORIZACIONES				SEDE:	USS BOSA							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	BO35R28	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	466970100809								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4083-2019				N° DE PAGOS DEL CONTRATO	6 DE 6						
NÚMERO DE CDP	813	FECHA	21/06/2019		NÚMERO DE CRP	31141	FECHA	30/06/2019				
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de poyo 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 SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional como : APOYO ADMINISTRATIVO FACTURADOR URGENCIAS - AUTORIZACIONES											
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO				
		1	7	2019		31	7	2019				
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	1.655.031											
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%										

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$9.130.426
VALOR EJECUTADO	$9.130.426
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
8653140508	$828.116,00	$103.700	$132.600	3	$20.300	**$256.300**

Dado en Bogotá a los (17) días del mes de JULIO del año Dos Mil Diez y Nueve 2019. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LUZ MARY TORRES RINCON
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

SONIA PATRICIA MORA TOQUICA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA