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	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DANIEL RODRIGO RIAÑO PINTO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.032.363.931						
CORREO ELECTRONICO:	eldanipinto@gmail.com				CELULAR:	305 - 7067202						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	UCI ADULTOS				SEDE:	Kennedy						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
			KE10J02	100								
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DE BOGOTA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	´015109069								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**OPS No. 1775-2019**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**4 DE 4**			
NÚMERO DE CDP	165	FECHA	17/01/2019	**NÚMERO DE CRP**	**13379**	**FECHA**	**17/01/2019**			
NÚMERO DE CDP	404	FECHA	20/03/2019	**NÚMERO DE CRP**	**18339**	**FECHA**	**26/03/2019**			
NÚMERO DE CDP	501	FECHA	10/04/2019	**NÚMERO DE CRP**	**19995**	**FECHA**	**30/04/2019**			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales u de apoyo a lsa gestion como INTENSIVISTA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E de las necesidades de la Institución									
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO		
		´01	5	2019		31	5	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$7.299.744									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%								

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. AL

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$29.198.976
VALOR EJECUTADO	$29.198.976
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$7.299.744
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
8491556765	$2.919.897,60	$364.987	$467.184	3	$71.129	**$903.300**

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

ORLANDO ENRIQUE NUÑEZ SOTO	**DANIEL RODRIGO RIAÑO PINTO**
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	**NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA**