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:	LUISA FERNANDA MUÑOZ MUNEVAR											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1013645878						
CORREO ELECTRONICO:	luma_1202@hotmail.com				CELULAR:	3114580758						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	**TINTAL**											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PEDIATRIA				SEDE:	Kennedy						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	KE11B05	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	667-957010-96								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**6713-2019**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**1 DE 1**			
NÚMERO DE CDP	1017	FECHA	25/07/2019	**NÚMERO DE CRP**	**42671**	**FECHA**	**23/09/2019**			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Medico general: Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asitencial en el area de medicina 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		
		23	9	2019		30	9	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.067.688									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%							

OBSERVACIONES: Correspondiente a 36 horas

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$7.424.227
VALOR EJECUTADO	$1.067.688
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.067.688
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$6.356.539
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	14 %

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**
				3		

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

LORENA MARGARITA BERRIO	**LUISA FERNANDA MUÑOZ MUNEVAR**
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	**NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA**