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	Versior	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JOSE ALEJANDRO APONTE GONZALEZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	80222275						
CORREO ELECTRONICO:	japonte11261982@gmail.com				CELULAR:	3165781627						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E,S,E											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	UNIDAD RENAL				SEDE:	KE10						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	KE10 J17	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	ITAU				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	701054486								PENSIONADO	No		

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4740-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1DE 1			
NÚMERO DE CDP		FECHA		NÚMERO DE CRP		FECHA				
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL DE ENFERMERIA									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		12	5	2020		31	5	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.128.212									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%			$0					

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$2.128.212
VALOR EJECUTADO	$2.128.212
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.128.212
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 $2,194.507 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

Dado en Bogotá a los () días del mes de mayo del dos Mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LUDY ANDREA CUBILLOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

JOSE ALEJANDRO APONTE GONZALEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Escaneado con CamScanner