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. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARIA DEL ROSARIO LARIOS SANDOVAL											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1010219936						
CORREO ELECTRONICO:	mariadelrosariolariossandoval@gmail.com				CELULAR:	3227610877						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	**KE10**											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	UNIDAD DE RECIEN NACIDOS				SEDE:	Kennedy						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	KE10J09/COV19	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	99638003950								PENSIONADO	No		

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**1185/2020**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**9 de 9**		
NÚMERO DE CDP	**1380**	FECHA	**25/09/20**	**NÚMERO DE CRP**	**40487**	**FECHA**	**30/09/20**		
OBJETO DEL CONTRATO:	**AUXILIAR DE ENFERMERIA**								
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO	
		1	10	2020		31	10	2020	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.678.500								
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	$0						

OBSERVACIONES 180 HORAS LABORADAS
MANEJO CODIGO PIN

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$15.610.050
VALOR EJECUTADO	$14.826.750
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.678.500
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$783.300
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	97%

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 $2.194,508 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
1032249454	$877, 803	$109, 725	$ 140.448,00	3	$ 21 383	**$271 557**

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de OCTUBRE del año dos mil Veinte 2020 Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

NANCI CASALLAS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MARIA DEL ROSARIO LARIOS SANDOVAL
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

4867650