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:			RODRIGUEZ SARMIENTO HEIDY XIMENA										
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E		NO.		1026293209				
CORREO ELECTRONICO:			heidyximenarodriguez3@gmail.com				CELULAR:		3154170596				
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:							**KE 10**						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			MEDICINA INTERNA				SEDE:		KENNEDY				
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	KE10I02	100											
ENTIDAD FINANCIERA:		DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		AHORROS					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			550488414274834						PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		**4841-2020**		N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**6 DE 6**			
NÚMERO DE CDP	1380	FECHA	25/09/2020	**NÚMERO DE CRP**	43382	**FECHA**	30/09/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:		**PROFESIONAL DE ENFERMERIA**								
PERIODO CERTIFICADO:			**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO
				1	10	2020		31	10	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				$3.127.680						
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL		RESERVA DE GLOSA 2%				$0			

OBSERVACIONES: 192 horas

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$16.866.666
VALOR EJECUTADO	$16.590.660
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.127.680
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$276.006
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

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**
	$1.619.811,00	$202.476	$259.169	3	$48.594	**$510.239**

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,

DIANA MARIA ESPITIA PINZON
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

HEIDY XIMENA RODRIGUEZ SARMIENTO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA