	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3
		Fecha de aprobación	15/05/2019
		Código	GA-03-FO-4004

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA						ESPERANZA CHACÓN ALFONSO						
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	X	C.E		NO	39711339						
CORREO ELECTRONICO	[illegible]				CELULAR	3159838214						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD						KE13						
UBICACIÓN DEL SERVICIO			MATERNIDAD			SEDE		Kennedy				
CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	KE 10 103	100										
ENTIDAD FINANCIERA	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA	AHORR						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	70007/3275								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA		1438			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			6 de 6	
NÚMERO DE CDP	574	FECHA	30/04/2020	NÚMERO DE CRP	22361	FECHA	30/04/2020		
OBJETO DEL CONTRATO	AUXILIAR DE ENFERMERIA								
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		1	7	2020		31	7	2020	
VALOR HONORARIOS MENSUALES	$1.790.400								
TIPO DE SERVICIOS		RESERVA DE GLOSA 2%							

OBSERVACIONES 192 HORAS LABORADAS

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES	$10.408.700
VALOR EJECUTADO	$10.182.900
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.790.400
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$223.800
VC	98%

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
1031241441	$877.603	$109.800	$0	3	$21.400	$131.200

Dado en Bogotá a los (1) días del mes de JULIO del año Dos Mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente.

EDITH BARBOSA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

ESPERANZA CHACON ALFONSO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA