

		CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA		Versión: 3		Fecha de aprobación: 16/02/2018			
		Código: 04-02-FO-0002							
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA									
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		LILIANA MARIA TOVAR PERDOMO							
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C	X	C.E		NO.		1012394984	
CORREO ELECTRONICO:		mariaatovar1792@hotmail.com				CELULAR:		3214224633	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:									
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		LABORATORIO				SEDE:		SUR	
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		PA16L07	52%	SU41L07	48%				
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:		AHORROS	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		62440287064				PENSIONADO		NO	
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		SO-2011-2020				N° DE PAGOS DEL CONTRATO		2 DE 3	
NÚMERO DE CDP		29	FECHA	8/01/2020	NÚMERO DE CRP		14168	FECHA	31/01/2020
OBJETO DEL CONTRATO:		Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como auxiliar dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur occidente ESE de acuerdo a las necesidades de la Institución							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE		DIA	MES	AÑO	HASTA		DIA MES AÑO
				1	3	2020			31 3 2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		\$1.734.450							
TIPO DE SERVICIOS		ASISTENCIAL		RESERVA DE GLOSA 2%					
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.									
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO									
CONCEPTO						VALORES			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:						\$5.203.350			
VALOR EJECUTADO						\$3.468.900			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$1.734.450			
VALOR A LIBERAR						\$0			
SALDO POR EJECUTAR						\$1.734.450			
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			
8341145627	\$877.803,00	\$109.725	\$140.448	3	\$21.383	\$271.557			
Dado en Bogotá a los 31 días del mes de MARZO del año Dos Mil VEINTE (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,									
Sandra L. Velásquez Arévalo Bacterióloga 81.965.048					Liliana M. Tovar Perdomo				
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:					NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA				

Ubicación del Servicio:		CAPS TRINIDAD GALAN		Sede: SUR																	
No. DE CONTRATO:		so-2011-2020		Periodo certificado desde el		<table border="1"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> <td>a</td> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>3</td> <td>2.020</td> <td></td> <td>31</td> <td>3</td> <td>2.020</td> </tr> </table>		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	12	3	2.020		31	3	2.020
Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año															
12	3	2.020		31	3	2.020															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		LILIANA MARIA TOVAR PERDOMO		C. C.		1.012.394.984 DE BOGOTA															
OBJETO DEL CONTRATO: prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de laboratorio dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E de acuerdo al requerimiento institucional.																					
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI ____ NO ____																					
OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGRAMADO		ACTIVIDADES REALIZADAS		PRODUCTOS ENTREGADOS															
12- Apoyar a la subred en las actividades que demande según requerimiento interinstitucionales y extra institucionales.		PROGRAMADO		se porta carnet de identificación durante la jornada de trabajo.		porte el carnet y cumpli con lo estipulado en el contrato.															
13- Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la subred.		PROGRAMADO		cuido y limpio los equipos y elementos que me son asignados para mi desempeño laboral.		mantengo en optimas condiciones los elementos para el uso diario de las PAPS (corte y CAPS trinidad (centrifuga, baño serológico, y nevera) y a su vez diligencio el registro de dichas limpiezas.															
14- Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pension y riesgo profesionales		PROGRAMADO		se presenta informe de cumplimiento de actividades copia de recibo de salud y pension.		entrega de cuenta de cobro, aporte de salud, pension y af.															
15- Realizar las demás actividades que sean asignadas acorde con el objeto del contrato.		PROGRAMADO		compromiso con la prestación de servicio individuales cumpliendo con las políticas institucionales para dar resultados de laboratorio confiables y oportunos.		Realizo las actividades que me asigno el jefe inmediato según contrato.															
OBSERVACIONES:																					
TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1,734.450 UN MILLON SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTO CINCUENTA PESOS																					
 NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:				Fecha: dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:  Bacterióloga 51.955.048																	

Señor(es): LILIANA MARIA TOVAR PERDOMO
Nit: CC 1012394984
Dirección: cra 77 bis # 69 a 65
Teléfono: 3214224 **Fax:**
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:



Nombre	LILIANA MARIA TOVAR PEREZ
Identificación	7012394894
Número de radicación	8341445627
Fecha de pago	3/12/2020
Número de autorización de pago	29261692
Banco	1023
Valor Comisión	\$0

Número de empleados	1
Periodo colocación salaria	Febrero 2020
Periodo colocación pension	Febrero 2020
Periodo colocación salud	Febrero 2020
Número de administradores	3
Total sueldo	\$271.700
Total intereses mora	\$0

[illegible]