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 formulación	15/02/2018
Código	94-82-FO-0003

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	GLORIA PATRICIA USSA GOMEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52066937							
CORREO ELECTRONICO:	UP560@HOTMAIL.COM				CELULAR:	3213839067							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SUB RED SUROCCIDENTE PAPS BRITALIA												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ODONTOLOGIA				SEDE:	SUR							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	SU54-E01	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7590324815								NO				

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2196-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			5DE 6
NÚMERO DE CDP	574	FECHA	04/20/2020	NÚMERO DE CRP	23062	FECHA	30/04/2020
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL AREA DE SALUD ORAL DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.**, DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INTITUCIONAL.						

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	6	2020		30	6	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.558.122							
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 0%						

4

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
LOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$9.348.732
LOR EJECUTADO	$7.790.610
LOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$ 1.558.122
LOR A LIBERAR	$0
DO POR EJECUTAR	$1.558.122
RCENTAJE DE EJECUCIÓN	83%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

erifica el cumplimiento del **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorario iores 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
8342909942	**$877.803**	$109.800	$26.400	3	$21.400	**$157.600**

DADO EN BOGOTA AL (30) MES DE JUNIO DEL DOS MIL VEINTE (2020) LO ANTERIOR PARA QUE SURTA EL PAGO PERTINENTE CORDIALMENTE.

JEFE DIEGO ALEJANDRO RODRIGUEZ VARGAS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

52.066.937

GLORIA PATRICIA USSA GOMEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA