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. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	GLORIA PATRICIA USSA GOMEZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52068937						
CORREO ELECTRONICO:	JJP660@HOTMAIL.COM				CELULAR:	3213839067						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SUB RED SUROOCIDENTE 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			6 DE 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	7	2020		31	7	2020			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.558.122										
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 0%									

OBSERVACIONES: Honorarios mensuales $1,558,122 valor de la hora 8,377 Total horas mes 186

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$9.348.732
VALOR EJECUTADO	$9.348.732
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$ 1.558.122
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
43743579	$877.803	$109.800	$140.500	3	$21.400	$271.700

DADO EN BOGOTA AL (31) MES DE JULIO DEL DOS MIL VEINTE (2020) LO ANTERIOR PARA QUE SURTA EL PAGO PERTINENTE CORDIALMENTE.

JEFE DIEGO ALEJANDRO RODRIGUEZ VARGAS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

GLORIA PATRICIA USSA GOMEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA