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	15/2/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CAROL YINETH PEÑALOZA CAICEDO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1019107176						
CORREO ELECTRONICO:	CARITO0395@GMAIL.COM				CELULAR:	3177179007						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URGENCIAS				SEDE:	FO03						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	FO03BO04	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	480700064862								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2599-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		6				
NÚMERO DE CDP 1	574	FECHA	20-4-2020	NÚMERO DE CRP 1	23428	FECHA	30-4-2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios Profesionales a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de Medicina dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVCIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	7	2020		31	7	2020		
VALOR HONORARIOS DIARIOS:	$30.785									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%								

OBSERVACIONES: 186 JUNIO 186 JULIO

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$34.356.060
VALOR EJECUTADO	$31.893.260
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$5.726.010
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2.462.800
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	93%

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
1031027789	$2.290.404	$286.301	$366.465	3	$55.794	**$708.559**

Dado en Bogotá en el mes de JULIO de año Dos Mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

RODOLFO DUARTE CELY
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CAROL YINETH PEÑALOZA CAICEDO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

CAROL YINETH PEÑALOZA CAICEDO

C.C 1.019.107.176 DE Bogotá

La suma de 5.726.010pesos, por concepto de: **Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial como Medico General** Durante el periodo del 01 al 31 de JULIO de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2599-2020

Carol Yineth Peñaloza Caicedo

C.C 1.019.107.176 DE Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 480700064862