| 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 | 15/02/2018 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0002 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | MAGDA ROCIO FONSECA FRANCO | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 51784646 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | magro.2911@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3142507632 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | USM FLORLIA | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | ATENCION AL CIUDADNO | | | | SEDE: | Kennedy | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | KE12001 | 100 | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 570006429 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 3003-2020 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 9 DE 9 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1380 | FECHA | 25/09/2020 | NÚMERO DE CRP | 41996 | FECHA | 30/09/2020 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | TRABAJADORA SOCIAL | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | |
| | | 1 | 10 | 2020 | | 31 | 10 | 2020 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $3.192.318 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | NO | | | | | | | |

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: | $28.081.722 |
| VALOR EJECUTADO | $26.783.442 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3.192.318 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $1.298.280 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 95% |

**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 **$2.194.507**, 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 PENSION16% | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7766834549 | $1.276.927,00 | $159.700 | $204.400 | 3 | $31.200 | **$395.300** |

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

MIREYA PEÑA ROJAS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Magda Rocio Fonseca Franco
MAGDA ROCIO FONSECA FRANCO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Margabel Perez