CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA

Versión	[illegible]
Fecha de aprobación	[illegible]
Código	[illegible]

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA	DIANA MARCELA RAMIREZ CASTAÑO											
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	X	C.E		NO.	1.032.412.[illegible]						
CORREO ELECTRONICO	[illegible]				CELULAR	[illegible]						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD					KENNEDY-[illegible]							
UBICACIÓN DEL SERVICIO	SALUD ORAL [illegible]				SEDE	Kennedy						
CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	[illegible]	20%	[illegible]	20%	[illegible]	50	[illegible]	[illegible]	[illegible]	20		
ENTIDAD FINANCIERA	BANCO CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	[illegible]				PENSIONADO	No						

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA	[illegible]-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO	[illegible]		
NUMERO DE CDP	[illegible]	FECHA	[illegible]/04/2020	NUMERO DE CRP	[illegible]	FECHA	[illegible]/04/2020
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y DE ATENCION AMBULATORIA Y HOSPITALARIA						

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	6	2020		30	6	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES		$3.314.892						
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%						

OBSERVACIONES: (Persona que tuvo contacto con paciente confirmado COVID-19, procedimiento realizado en salas de cirugia el dia 22 de abril 2020.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES	$[illegible]
VALOR EJECUTADO	$[illegible]
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.314.892
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3.314.892
PORCENTAJE DE EJECUCION	[illegible]%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del pago del valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a **$2.194.528** el valor para IBC debe ser sobre un salario minimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 3% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
[illegible]	$1.325.956	$165.745	$39.779	1	$32.300	$237.823

Dada en Bogotá a los (30) días del mes de JUNIO del año Dos Mil Veinte(2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente.

LUCIA MEDINA SUAREZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

DIANA MARCELA RAMIREZ CASTAÑO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razón Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
[illegible]		[illegible]	[illegible]	PRINCIPAL	[illegible]	BOGOTA-BOGOTA D.C.	[illegible]	[illegible]

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	I	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0	[illegible]

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					[illegible]	[illegible]			[illegible]	[illegible]			[illegible]	[illegible]			[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					[illegible]	$39,800			[illegible]	$165,800			$0	$0			[illegible]	[illegible]		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.C. (1 Afiliados)					[illegible]	$39,800			[illegible]	$165,800			$0	$0			[illegible]	[illegible]		$0	$0
1	CC [illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	$39,800	[illegible]	30	[illegible]	$165,800		[illegible]	$0	$0	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	$0	$0
Total	Afiliados(1)				[illegible]	$39,800			[illegible]	$165,800			$0	$0			[illegible]	[illegible]		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	Nit	Razón Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad/Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC [illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	BOGOTA BOGOTA D.C.	[illegible]	[illegible]

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	BANCO CAJA SOCIAL	0	[illegible]

RESUMEN DE PAGO

ENTIDAD	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	[illegible]	$0	$0	[illegible]
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	[illegible]	$0	$0	[illegible]
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	[illegible]	$0	$0	[illegible]
ARL SURA	[illegible]	800,256,161	9	1	[illegible]	$0	$0	[illegible]
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	[illegible]	$0	$0	[illegible]
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	[illegible]	$0	$0	[illegible]
TOTAL				1	[illegible]	$0	$0	[illegible]

Escaneado con CamScanner