

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

Versión: 3
Fecha de aprobación: 15/02/2018
Código: 04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		CINDY PAOLA MADIEDO JIMENEZ					
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C.	X	C.E.	NO.	1032387493	
CORREO ELECTRONICO:		CPMADIEDO@HOTMAIL.COM				CELULAR:	3214513813
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:		USS PATIO BONITO					
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		SERVICIO FARMACEUTICO		SEDE:		Sur	
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
ENTIDAD FINANCIERA:		SU55M05	100			AHORROS	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA:		BANCO DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	PENSIONADO No
		*550005500184048					

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		5289-2020		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		6 DE 6	
NÚMERO DE CDP:		1597		FECHA:	31/10/2020	NÚMERO DE CRP:	49943
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de farmacia, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E de acuerdo al requerimiento institucional					
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA
			1	11	2020		30
VALOR HORA :		\$9,325					
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 0%			

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:	\$7,617,903
VALOR EJECUTADO	\$7,617,903
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1,734,450
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 \$2,194,507, 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 PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9412390449	\$ 877,803	\$109,800	\$140,500	3	\$21,400	\$271,700

Dado en Bogotá a los 30 días del mes de noviembre del año Dos Mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

RODRIGO GONZALEZ FONSECA
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CINDY PAOLA MADIEDO JIMENEZ
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA