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:	ADRIANA ALTERIO ORTIZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1140419286						
CORREO ELECTRONICO:	adrialt@hotmail.com				CELULAR:	3023762504						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					**KE10**							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	UNIDAD DE RECIEN NACIDOS				SEDE:	Kennedy						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	KE10JO9 - cv19	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	COLPATRIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4742017124								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**1439 - 2020**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		**11 DE 11**		
NUMERO DE CDP	1723	**FECHA**	26/11/20	**NUMERO DE CRP**	52398	**FECHA**	30/11/20	
OBJETO DEL CONTRATO:	**ENFERMERA PROFESIONAL**							
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO
		1	12	2020		31	12	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.192.318							
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%			$0			
OBSERVACIONES: SE REALIZAN 186 HORAS , MANEJO CODIGO PIN								

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$36.553.757
VALOR EJECUTADO	$36.553.757
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.192.318
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 3%**	**NIVEL ARL**	**APORTE ARL**	**TOTAL APORTES**
1034173463	$1.276.927	$159.616	$204.308	3	$31.106	**$395.030**

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

JEFE ANA TULIA RINCON

ADRIANA ALTERIO ORTIZ

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA