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. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ROSA ELVIRA PULIDO RODRIGUEZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	39.758.304						
CORREO ELECTRONICO:	rosapulido_16@hotmail.com				CELULAR:	3138380815						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	KE10											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URGENCIAS				SEDE:	Kennedy						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	KE10B02	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCAF	570451470011763								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	6250 DEL 2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		4 DE 4				
NÚMERO DE CDP	1723	FECHA	26/11/2020	NÚMERO DE CRP	55890	FECHA	30/11/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERÍA									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	12	2020		31	12	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.734.450									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

OBSERVACIONES:HORAS 186

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	**$5.616.375**
VALOR EJECUTADO	**$5.543.400**
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$1.734.450**
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$72.975
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	99%

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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1033606252	$877.803,00	$109.725	$140.448	3	$21.383	**$271.557**

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

ROSA INES LEON
PROFESIONAL ESPECIALIZADO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ROSAELVIRA PULIDO RODRIGUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA