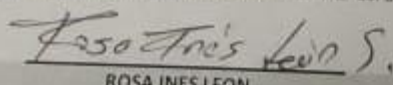
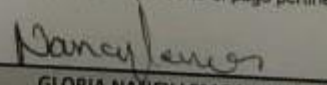


INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA						
NOMBRE DEL CONTRATISTA	GLORIA NANCY LEMOS VILLADA					
TIPO DE DOCUMENTO	C C X C E NO 82 884 384					
CORREO ELECTRONICO	nanilemos2@hotmail.com CELULAR 3138205142					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	KE10					
UBICACIÓN DEL SERVICIO	URGENCIAS SEDE Kennedy					
CENTRO DE COSTOS	Centro de costo % Centro de costo % Centro de costo % Centro de costo % Centro de costo % Centro de costo % Centro de costo % Centro de costo % Centro de costo %					
ENTIDAD FINANCIERA	DAVIENSA TIPO DE CUENTA Ahorros					
NÚMERO DE CUENTA BANCARIA	550 448 401 750150 PENSIONADO					
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA	5640 DEL 2020 N° DE PAGOS DEL CONTRATO 5 DE 5					
NÚMERO DE CDP	1597 FECHA 31/10/2020 NÚMERO DE GRP 50176 FECHA 06/11/2020					
OBJETO DEL CONTRATO	AUXILIAR DE ENFERMERÍA					
PERÍODO CERTIFICADO:	DESDE DIA MES AÑO HASTA DIA MES					
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	\$1.646.286					
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial RESERVA DE GLDGA 2% \$0					
OBSERVACIONES: HORAS 186						
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO						
CONCEPTO	VALORES					
TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES	\$7.290.500					
HECHUTADO	\$7.290.500					
PA PAGAR AL CONTRATISTA	\$1.646.286					
PA LIBERAR	\$0					
POR EJECUTAR	\$0					
NTAJE DE EJECUCIÓN	100%					
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:						
a el cumplimiento del <u>mínimo</u> valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los a \$2.194,508 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.						
ro de Planilla	IBC DE COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL AF
6553466	\$877.803.00	\$109.725	\$140.448	3	\$21.386	\$271.
gotá a los () días del mes de NOVIEMBRE del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Co						
 ROSA INES LEON PROFESIONAL ESPECIALIZADO NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:			 GLORIA NANCY LEMOS VILLADA NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA			

Nota: El informe para su aprobación estará sujeta a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.