

 Secretaría de Salud Salud Integral 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 TESORERÍA				Versión: 1 Fecha de actualización: 09/12/2019 Código: 16402-FOM-002		 ALMACÉN DE ALMACÉN S.A.S.	
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA									
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		GINA PAOLA AYALA PULIDO							
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C.	X	C.E.	NO.		1090594228 ✓		
CORREO ELECTRONICO:		gina.pulido@gmail.com			CELULAR:		3145636892		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:									
FONTEBÓN									
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		FOM9		SEDE:		Fonitebón			
CENTRO DE COSTOS:		Costo de cada	%	Costo de cada	%	Costo de cada	%	Costo de cada	%
FO98/932		100%							
ENTIDAD FINANCIERA:		DAVIVIENDA		TIPO DE CUENTA:		Ahorros			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		007300755571		PENSIONADO		NO			
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		6073-2020		Nº DE PAGOS DEL CONTRATO		PAGO 2 DE 2			
NÚMERO DE GDP		1381		FECHA		25/09/2020		NÚMERO DE CRP	
						44274		FECHA	
						30/09/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:		Prestar Servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de PIC, 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		DÍA		MES		AÑO	
				1		10		2020	
HASTA				31		10		2020	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:								\$3.570.149	
TIPO DE SERVICIOS		PIC		RESERVA DE GLOSA 0%				\$0	
OBSERVACIONES:									
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO									
CONCEPTO		VALORES							
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:		\$6.089.253							
VALOR EJECUTADO		\$6.089.253							
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA		\$3.570.149							
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 <u>mínimo</u> valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a 2.194.503 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.									
Número de Planilla	IBC DE COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% ARL	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES			
9411432326	\$1.000.000	\$125.000	\$160.000	3	\$24.400	\$309.400			
Dado en Bogotá en el mes de OCTUBRE del año Dos Mil VEINTE (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,									
 CLAUDIA PATRICIA PRIETO CAICEDO NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:					 GINA PAOLA AYALA PULIDO NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA				

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SEMA o ICBF	
CC 1030384228		AYALA FOLIO GINA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	avenida carrera 50 #35-19 sur	BOGOTA-BOGOTA D.C.	2022009	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2020-09	2020-09	9451432326	9451432326	1	2020/10/09	2020/10/13	BAICO BOGOTA	0	\$109,400

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)					\$1,000,000	\$180,000			\$1,000,000	\$125,000			\$0	\$0			\$1,000,000	\$24,400		\$0	\$0
Centro de Trabajo PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,000,000	\$180,000			\$1,000,000	\$125,000			\$0	\$0			\$1,000,000	\$24,400		\$0	\$0
Ciudad BOGOTA Dpto BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,000,000	\$180,000			\$1,000,000	\$125,000			\$0	\$0			\$1,000,000	\$24,400		\$0	\$0
1.	CC 1030384228	AYALA GINA	932001	28	\$1,000,000	\$180,000	932000	21	\$1,000,000	\$125,000		0	\$0	\$0	14-11	21	\$1,000,000	\$24,400	0	\$0	\$0
Total Afiliados (1)					\$1,000,000	\$180,000			\$1,000,000	\$125,000			\$0	\$0			\$1,000,000	\$24,400		\$0	\$0

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SEMA o ICBF	
CC 1030584228		AYALA PINOJO CILIA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	avenida carrera 50 #35-19 30F	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2022069	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2020-09	2020-09	9411432326	9411432326	1	2020/10/07	2020/10/13	BANCO BOGOTA	0	\$309,400
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORIA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$160,000	\$0	\$0	\$160,000	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$160,000	\$0	\$0	\$160,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$24,400	\$0	\$0	\$24,400	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$24,400	\$0	\$0	\$24,400	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$125,000	\$0	\$0	\$125,000	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$125,000	\$0	\$0	\$125,000	
TOTAL				1	\$309,400	\$0	\$0	\$309,400	

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 10/2020

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

GINA PAOLA AYALA PULIDO

CC 1030584228 DE BOGOTA

La suma de 3.570.149 TRES MILLONES QUINIENTOS SETENTA MIL CIENTO CUARENTA Y NUEVE PESOS M/CTE. Por concepto de servicios como Odontóloga Profesional Universitario durante el periodo del 1 al 31 de octubre de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 6073-2020



GINA PAOLA AYALA PULIDO

CC 1030584228 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 007300755571