| 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 | 1 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 09/11/2016 | |
| | | Código: | 15-02-FO-0002 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | NINI JOHANNA HERRERA LIZARAZO | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 52.752.340 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | ninij08@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3115650151 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | FO09 | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | SALUD PUBLICA PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES | | | | SEDE: | FONTIBON | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | FO09K26 | 100% | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 20727348162 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 95-2020 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 12 DE 12 | | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1722 | FECHA | 26/11/2020 | NÚMERO DE CRP | 56166 | FECHA | 16/12/2020 | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area 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.<br>Auxiliar de enfermeria Pai | | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | | |
| | | 1 | 1 | 2021 | | 31 | 1 | 2021 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $2.197.015 | | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | RESERVA DE GLOSA 2% | $0 | | | | | | | | |

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| CONCEPTO | VALORES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $24.368.235 |
| VALOR EJECUTADO | $24.368.235 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2.197.015 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1033686263 | $878.806,00 | $109.851 | $140.609 | 3 | $21.408 | $271.867 |

Dado en Bogotá en el mes de enero del año Dos Mil Veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Yenny Andrea Alfonso B.

YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Nini Johanna Herrera Lizarazo

NINI JOHANNA HERRERA LIZARAZO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Simple.

## Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900097333-9 |
| **Razón Social del Operador de Información** | SIMPLE S.A. |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2020-12-10, 09:16:52 AM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | diciembre de 2020 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | diciembre de 2020 |
| **Empresa** | NINI JOHANNA HERRERA LIZARAZO |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 52752340 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 8820249550 / 1033686263 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 63460531 |
| **Banco** | (1023) - BANCO DE OCCIDENTE |
| **Valor** | $ 272.100 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 10.0.19.58 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800224808 | 230301 | PORVENIR | 1 | $ 140.700 | $ 0 |
| N830003564 | EPS017 | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM-COLSUBSIDIO | 1 | $ 109.900 | $ 0 |
| *N890903790* | *14-11* | *ARL SURA* | *1* | *$ 21.500* | *$ 0* |
| | | **SubTotales:** | | $ 272.100 | $ 0 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 272.100 |

DOCUMENTO EQUIVALENTE No 01/2021

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

Nini Johanna Herrera Lizarazo

CC 52.752.340 DE BOGOTÁ

La suma de 2.197.015 Dos Millones Ciento noventa y siete mil quince pesos por concepto de servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA TECNICO 1 durante el periodo de 01/01/2021 al 31/01/2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N°95/2020

Nini Johanna Herrera Lizarazo

Nini Johanna Herrera Lizarazo

CC 52.752.340 de BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO 20727348162