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
		Fecha de aprobación	15/02/2018
		Código:	04-02-FO-0002
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.			

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DEIMER ANDRES PEREZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	**X**	C.E		NO.	**1022926655**							
CORREO ELECTRONICO:	DEIMERCARMONA@HOTMAIL.COM				CELULAR:	**3003071108**							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					**FONTIBON**								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	**INGENIERIA BIOMEDICA**				SEDE:	FONTIBON							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	Fo03r12	100											
ENTIDAD FINANCIERA:					TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	007273626										PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**3759-2020**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**1 DE 1**		
NÚMERO DE CDP		FECHA		**NÚMERO DE CRP**		**FECHA**			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en la Dirección Administrativa 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**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO	
		1	2	2020		29	2	2020	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.634.147								
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%			NO				

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$7.902.441
VALOR EJECUTADO	$2.634.147
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.634.147
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$5.268.294
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	33%

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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
43370766-43242831	$1.053.659	$131.707	$168.585	3	$25.667	**$325.960**

Dado en Bogotá a los (**29**) días del mes de **FEBRERO** del año Dos Mil Veinte (**2020**). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

MICHAEL ANDRES PULIDO PEREZ
SUPERVISOR

DEIMER ANDRES PEREZ
CONTRATISTA