| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 | | **2 DE 3** | | | |
| NÚMERO DE CDP | 27 | FECHA | 28/01/2020 | **NÚMERO DE CRP** | 15826 | **FECHA** | 31/01/2020 | | |
| 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 | 3 | 2020 | | 31 | 3 | 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 | $5.268.294 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $2.634.147 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $2.634.147 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 67% |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **43578159** | $1.053.659 | $131.707 | $168.585 | 3 | $25.667 | **$325.960** |

Dado en Bogotá a los (**31**) días del mes de **MARZO** del año Dos Mil Veinte (**2020**). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

| | |
|---|---|
| **MICHAEL ANDRES PULIDO PEREZ** | **DEIMER ANDRES PEREZ** |
| **SUPERVISOR** | **CONTRATISTA** |