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:	BANCO DE BOGOTA				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			**5**		
NÚMERO DE CDP	573	FECHA	20/04/2020	**NÚMERO DE CRP**	24505	**FECHA**	30/04/2020		
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	6	2020		30	6	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:	$15.804.882
VALOR EJECUTADO	$13.170.735
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.634.147
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2.634.147
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	83%

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**
44484339	$1.053.659	$131.800	$168.600	3	$25.700	**$326.100**

Dado en Bogotá a los (**30**) días del mes de **junio** del año Dos Mil Veinte (**2020**). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Andres Perez

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