



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente I.S.E.

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U
ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA
PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA

Versión

3

Fecha de
aprobación

15/02/2018

Código

04-02-FO-0002



ALCALDIA DE SAN
FELIX DE CAUCA

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA											
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		CARLOS ALBERTO ARTEAGA CAMACHO									
TIPO DE DOCUMENTO:		C C		X		C E		NO.		79222418	
CORREO ELECTRONICO:		CARLOS841231@HOTMAIL.COM						CELULAR:		3222122930	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						KE10					
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				URGENCIAS				SEDE:		Kennedy	
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		KE10B03	100								
ENTIDAD FINANCIERA:		DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		570104158						PENSIONADO		No	
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		2524 DEL 2020				N° DE PAGOS DEL CONTRATO		8 DE 8			
NÚMERO DE CDP		1052	FECHA	22/07/2020	NÚMERO DE CRP		35922	FECHA	30/08/2020		
OBJETO DEL CONTRATO:		PROFESIONAL DE ENFERMERÍA									
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE		DIA	MES	AÑO	HASTA		DIA	MES	AÑO
				1	9	2020			30	9	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES:								\$5.400.000			
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial				RESERVA DE GLOSA 2%		\$0			
OBSERVACIONES: HORAS 180											
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO											
CONCEPTO						VALORES					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:						\$38.037.258					
VALOR EJECUTADO						\$36.209.610					
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$5.400.000					
VALOR A LIBERAR						\$0					
SALDO POR EJECUTAR						\$1.827.648					
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						82%					
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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES					
45235009	\$2.232.000	\$279.000	\$357.120	3	\$54.372	\$690.492					
Dado en Bogotá a los () días del mes de SEPTIEMBRE del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,											
ROSA INES LEON PROFESIONAL ESPECIALIZADO NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:						CARLOS ALBERTO ARTEAGA CAMACHO NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA					