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:	**XIOMARA VACA CASTAÑO**												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C		C.E		NO.	**1033781423**							
CORREO ELECTRONICO:	x-ma20@hotmail.com		CELULAR:	**3102096045**									
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	**SUBRED SUROCCIDENTE E.S.E.**												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	REFERENCIA		SEDE:	BOSA									
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	BO35U07	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	**24051107455**								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**4149 - 2020**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**5 de 6**		
NÚMERO DE CDP	574	FECHA	20/04/2020	**NÚMERO DE CRP**	**24826**	**FECHA**	**30/04/2020**		
OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO RADIOPERADOR DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMINTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S,E DE ACUERDO A LA NECESIDADES DE LA INSTITUCION**								
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO	
		1	7	2020		31	7	2020	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:									
TIPO DE SERVICIOS		RESERVA DE GLOSA 2%			180 HORAS				

OBSERVACIONES: SE COBRAN 180 HORAS EN LA UNIDAD DE BOSA A RAZON DE 6986 PESOS. POR 15 TURNOS REALIZADOS

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$7.860.467
VALOR EJECUTADO	$7.838.292
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.257.480
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$22.175
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	90%

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**
1030168510	$877,803	$109.800	$140.500	3	$21.400	**$271.700,000**

Dado en Bogotá en el mes de JULIO del año Dos Mil VEINTE (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA