113800

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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARY ALEJANDRA GUARNIZO DEVIA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	65.830.852							
CORREO ELECTRONICO:	mary_0421@hotmail.com				CELULAR:	3174127135							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:													
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	DIRECCION DE CONTRATACION				SEDE:	SEDE ADMINISTRATIVA PRINCIPAL							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	SU37R32	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	0570004870468024					PENSIONADO							

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3454-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		6				
NÚMERO DE CDP	572	FECHA	20/04/2020	NÚMERO DE CRP	24220	FECHA	30/04/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Contratación 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	7	2020		31	7	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$5.726.407									
TIPO DE SERVICIOS	Administrativo	RESERVA DE GLOSA 2%	N/A							

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$35.121.963
VALOR EJECUTADO	$35.121.963
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$5.726.407
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
9407990052 junio 2020	$2.290.563,00	$286.400	$366.500	3	$55.800	**$708.700**

Dado en Bogotá en el mes de julio del año 2020 Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

MONICA E. GONZALEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

MARY ALEJANDRA GUARNIZO DEVIA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 65830852		GUARNIZO DEVIA MARY ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 74 57R-15 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7768776	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2020-06	2020-06	671758925	9407990052	I	2020/07/13	2020/07/03	BANCO DAVIVIENDA	0	$708,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	65830852	GUARNIZO MARY	231001	30	$2,290,563	$366,500	EPS005	30	$2,290,563	$286,400		0	$0	$0	14-11	30	$2,290,563	$55,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$2,290,563	$366,500			$2,290,563	$286,400			$0	$0			$2,290,563	$55,800		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$366,500	$0	$0	$366,500
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$366,500	$0	$0	$366,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$55,800	$0	$0	$55,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$55,800	$0	$0	$55,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$286,400	$0	$0	$286,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$286,400	$0	$0	$286,400
TOTAL				1	$708,700	$0	$0	$708,700

02 Folio 4

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MARY ALEJANDRA GUARNIZO DEVIA

C.C. 65.830.852 DE CHAPARRAL (TOLIMA)

La suma de $ 5.726.407, por concepto de: Prestar servicios como PROFESIONAL ESPECIALIZADO III, a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Contratación 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, durante el periodo de 01 al 31 de julio de 2020, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 3454-2020.

Nombre de contratista: MARY ALEJANDRA GUARNIZO DEVIA

C.C. 65.830.852 DE CHAPARRAL (TOLIMA)

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 0570004870468024