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:			ADRIANA ALTERIO ORTIZ										
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E		NO.		1140419286				
CORREO ELECTRONICO:			adrialt@hotmail.com				CELULAR:		3023762504				
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:							**KE10**						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			UNIDAD DE RECIEN NACIDOS				SEDE:		Kennedy				
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	KE10JO9 - cv19	100											
ENTIDAD FINANCIERA:			DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			488414159076						PENSIONADO		No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		**1439 - 2020**		N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**12 DE 12**			
NUMERO DE CDP		**FECHA**		**NUMERO DE CRP**		**FECHA**				
OBJETO DEL CONTRATO:	**ENFERMERA PROFESIONAL**									
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO		
		1	1	2021		31	1	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.192.318									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%			$0					
OBSERVACIONES: SE REALIZAN 186 HORAS										

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$39.852.486
VALOR EJECUTADO	$39.746.075
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.192.318
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$106.411
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	97%

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 3%**	**NIVEL ARL**	**APORTE ARL**	**TOTAL APORTES**
1034797435	$1.276.927	$159.616	$204.308	3	$31.106	**$395.030**

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de ENERO del año Dos Mil Veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

JEFE DIANA CAROLINA MONTERO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ADRIANA ALTERIO ORTIZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA