

 Ministerio de Salud Sistema Integrado de Servicios de Salud San José, Costa Rica 2020	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA	Forma	1	 Ministerio de Salud Sistema Integrado de Servicios de Salud San José, Costa Rica 2020
		Código de Contratación	10000010	
		Código	00000000	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA				LIZETH ELAINE BAQUIRO PRECIADO								
TIPO DE DOCUMENTO				CC	X	CE		NO	1.000.000.348			
CORREO ELECTRÓNICO				lizebbaquiro@gmail.com				CELULAR	3107710562			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD								RE19				
UBICACIÓN DEL SERVICIO				URGENCIAS				SEDE	Manuel			
CENTRO DE COSTOS		Código de costo	%	Código de costo	%	Código de costo	%	Código de costo	%	Código de costo	%	
		RE190002	100									
ENTIDAD FINANCIERA				BANCO DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA		Ahorro		
NÚMERO DE CUENTA BANCARIA				0-550488402367575				PENSIONADO		No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIO											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA				9700 DEL 2020				Nº DE PAGOS DEL CONTRATO		3 DE 3	
NÚMERO DE CDP		1387	FECHA	26/09/2020	NÚMERO DE CRP		43999	FECHA	30/09/2020		
NÚMERO DE CDP		1262	FECHA	27/09/2020	NÚMERO DE CRP		18539	FECHA	25/09/2020		
OBJETO DEL CONTRATO				AUXILIAR DE ENFERMERÍA							
PERÍODO CERTIFICADO				DESDE	DÍA	MES	AÑO	HASTA	DÍA	MES	AÑO
					8	09	2020		31	09	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES				\$2.160.000							
TIPO DE SERVICIOS				Atención				RESERVA DE GLOSA 2%		\$0	

OBSERVACIONES: HORAS 180 + ADICION *incremento de sept a octubre 19*

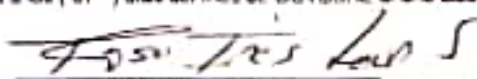
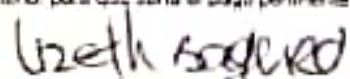
CONCEPTO		VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES		\$5.572.950
VALOR EJECUTADO		\$5.572.950
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA		\$2.160.000
VALOR A LIBERAR		\$0
SALDO POR EJECUTAR		\$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN		100%

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 \$2.194.500 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 10% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9410963837	\$877.803,00	\$109.725	\$140.448	3	\$21.383	\$271.557

Dado en Bogotá a los (07) días del mes de OCTUBRE año Dos Mil Veinte (2020) Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente.

 ROSA INÉS LEÓN PROFESIONAL ESPECIALIZADO NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR	 LIZETH ELAINE BAQUIRO PRECIADO NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA
--	---

