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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	GLORIA YANETH MARIN ARIAS												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52377294							
CORREO ELECTRONICO:	gloriaymarin2012@gmail.com				CELULAR:	3134759578							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	Uss Class												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Consulta externa				SEDE:	SUR							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	SU58N04	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	Banco Caja Social				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24063355682								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3900-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			12 DE 12				
NÚMERO DE CDP	1958	23/12/2020		NUMERO DE CRP		60156	31/12/2020				
OBJETO DEL CONTRATO:	**ASISTENCIALES. Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Auxiliar de Enfermeria, dentro de los diferenes 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	1	2021		31	1	2021			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.558.122										
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%									

OBSERVACIONES: HORAS DE CONTRATO: 186 HORAS MENSUALES.
VALOR DE HORA $ 8.377 pesos.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$18.697.464
VALOR EJECUTADO	$18.697.464
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.558.122
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 $2,194,507, 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
9414950416	$ 877.803	$109.800	$140.500	3	$21.400	**$271.700**

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de Enero del año Dos Mil Veinti Uno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

INGRID CAMACHO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

GLORIA YANETH MARIN ARIAS
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 52377294		MARIN ARIAS GLORIA YANETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	kr 49 128 a 20	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7844058	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-12	2020-12	9210122106342810	9414950416	I	2021/01/26	2021/01/12	BANCO DE OCCIDENTE	0	$271,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
1	CC 52377294	MARIN GLORIA	230301	30	$877,803	$140,500	EPS002	30	$877,803	$109,800		0	$0	$0	14-11	30	$877,803	$21,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0

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 52377294		MARIN ARIAS GLORIA YANETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	kr 49 128 a 20	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7844058	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-12	2020-12	9210122106342810	9414950416	I	2021/01/26	2021/01/12	BANCO DE OCCIDENTE	0	$271,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,500	$0	$0	$140,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$140,500	$0	$0	$140,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$21,400	$0	$0	$21,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$21,400	$0	$0	$21,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				**1**	**$271,700**	**$0**	**$0**	**$271,700**

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

Gloria Yaneth Marín Arias

C.C 52.377.294 DE Bogotá

La suma de $1.558.122 pesos m/cte., un millón quinientos cincuenta y ocho mil ciento veintidós pesos m/cte. Por concepto de: Honorarios de prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería en el área de Vacunación sede USS CLASS, durante el periodo de 01 al 31 de Enero de 2021, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3900-2020

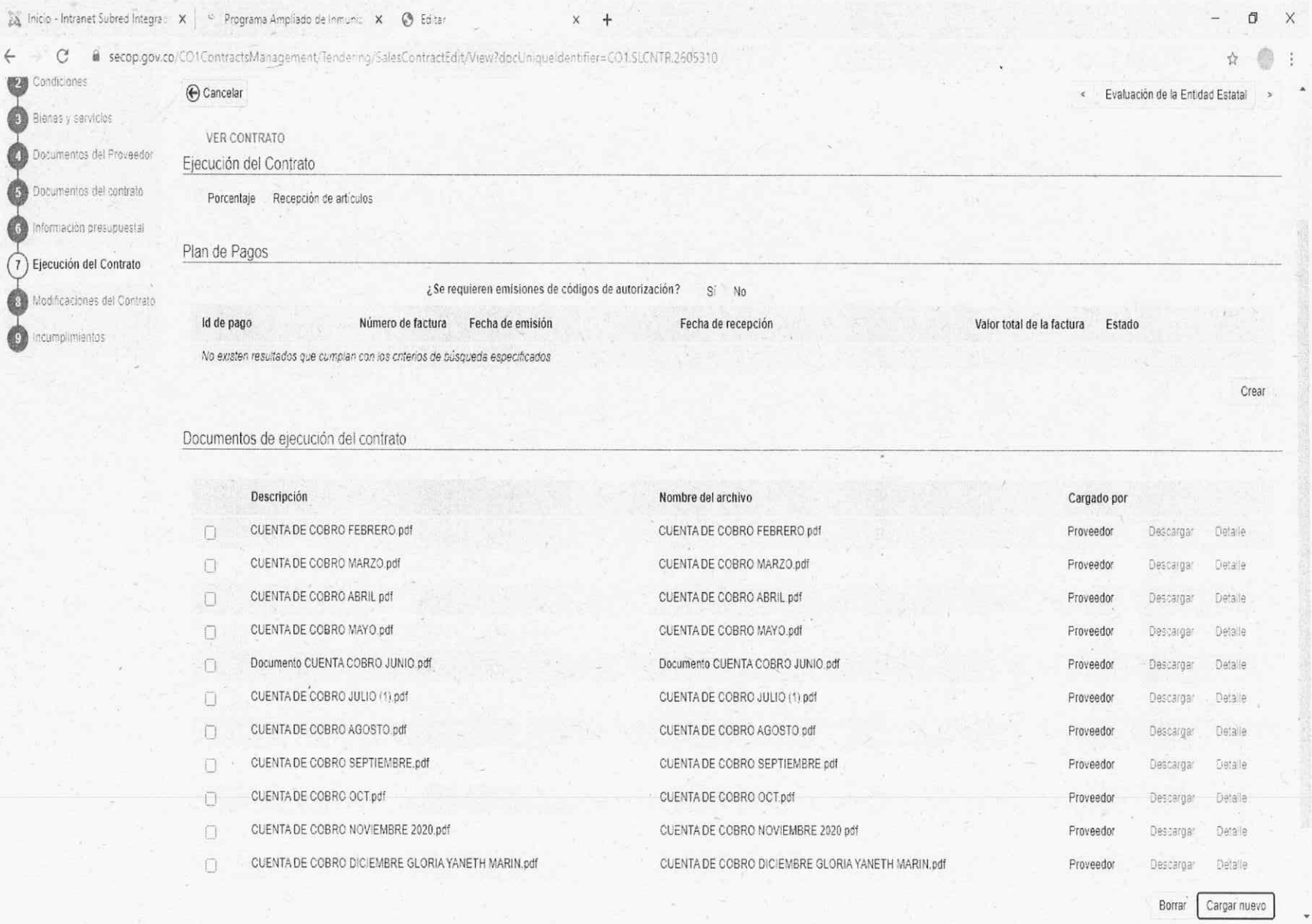
Gloria Y. Marín.

Gloria Yaneth Marín Arias

C.C 52.377.294 DE Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NUMERO 24063355682


Inicio - Intranet Subred Integra
Programa Ampliado de Inmuniz
Editar
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.2605310
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje
Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si No
Id de pago
Número de factura
Fecha de emisión
Fecha de recepción
Valor total de la factura
Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
CUENTA DE COBRO FEBRERO.pdf
CUENTA DE COBRO MARZO.pdf
CUENTA DE COBRO ABRIL.pdf
CUENTA DE COBRO MAYO.pdf
Documento CUENTA COBRO JUNIO.pdf
CUENTA DE COBRO JULIO (1).pdf
CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf
CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE.pdf
CUENTA DE COBRO OCT.pdf
CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2020.pdf
CUENTA DE COBRO DICIEMBRE GLORIA YANETH MARIN.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo