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	1
Fecha de aprobación	15/02/2018
Código	04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA	LEYDI PAOLA CALDERON RIVERA											
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	X	C.E		NO.	1022405175						
CORREO ELECTRONICO	paolacalderon9106308@gmail.com				CELULAR	3212824070						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	CAPS PATIOS - PAPS MEXICANA, DINDALITO, PIO XII Y VISION COLOMBIA											
UBICACIÓN DEL SERVICIO	Oficina Asesora Desarrollo Institucional				SEDE	Sur						
CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de	%	Centro de	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de	%
	SU59N04	100										
ENTIDAD FINANCIERA	BANCO DE BOGOTA				TIPO DE CUENTA	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	948028279								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA	413-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1 DE 3			
NUMERO DE CDP	30	FECHA	8/01/2021	NÚMERO DE CRP	10904	FECHA	31/01/2021			
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Enfermeria, 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	2	2021		28	2	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES	$1.521.294									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%								

OBSERVACIONES: VALOR HORA $ 8.179 PESOS POR 186 HORAS PARA UN TOTAL DE $ 1.521.294 PESOS

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES	$4.563.882
VALOR EJECUTADO	$1.521.294
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.521.294
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3.042.588
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	33%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del **minimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.271.315 el valor para IBC debe ser sobre un salario minimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 3%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9415361250	$ 908.526	$ 113.600	$ 145.400	3	$ 22.200	$ 281.200

Dado en Bogotá a los (28) días del mes de FEBRERO del año Dos Mil Venti uno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente.

DIEGO ALEJANDRO RODRIGUEZ VARGAS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

LEYDI PAOLA CALDERON RIVERA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA