	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:	YENNYFER CORTES SEGURA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1012370196						
CORREO ELECTRONICO:	jeyco-90@hotmail.com				CELULAR:	3195387066						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URGENCIAS				SEDE:	PABLOVI						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	PA16B03	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550488404117522								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1374 - 2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1 DE 3			
NÚMERO DE CDP	30	FECHA	8/01/2021	NÚMERO DE CRP		11837	FECHA	31/01/2021		
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como AUXILIAR DE ENFERMERIA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD OCCIDENTE E.S.E de acuerdo a las necesidades de la institucion									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	2	2021		28	2	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.200.428									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	NO APLICA							

OBSERVACIONES: 228 horas

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$5.385.252
VALOR EJECUTADO	$2.200.428
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.200.428
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3.184.824
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	33%

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 **$2.271.315**, 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
48601438	1.029.480	$128.700	164.800	3	$25.100	**$318.445**

Dado en Bogotá a los **(28)** días del mes de Febrero del año Dos Mil Veinte (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

EVELING TATIANA CAPERA	YENNYFER CORTES SEGURA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA