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	02/15/2018	
		Código	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA	DIANA ANGELICA ORDOÑEZ NOVA											
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	X	C.E		NO.	52540705						
CORREO ELECTRONICO	angelicanova197900@gmail.com				CELULAR	3507535280						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	KE10											
UBICACIÓN DEL SERVICIO	SALAS DE PARTOS				SEDE	USS-Kennedy						
CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	KE10D05	100%										
ENTIDAD FINANCIERA	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	3970747626								PENSIONADO	No		

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA	4823-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		3 DE 3			
NÚMERO DE CDP	162	FECHA	4/02/2021	NÚMERO DE CRP	15148	FECHA	8/02/2021		
OBJETO DEL CONTRATO	AUXILIAR DE ENFERMERIA								
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		1	4	2021		30	4	2021	
VALOR HONORARIOS MENSUALES	$ 1.319.184								
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial				$0				

144 HORAS DEL MES DE ABRIL DEL 2021 DESCONTADO 36 HORAS

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES	$ 4.714.251
VALOR EJECUTADO	$ 3.737.688
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$ 1.319.184
VALOR A LIBERAR	$ 0
SALDO POR EJECUTAR	$ 976.563
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	79%

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 $2,271315 el valor para el IBC debe ser sobre un salario minimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
48902986	$908.526,00	$113.566	$145.364	3	$22.132	**$281.062**

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

NANCY CASALLAS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

DIANA ANGELICA ORDOÑEZ NOVA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con exito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envio y pago de su planilla.

ARUS®
Tecnología - Información - Conocimiento

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	ARUS (antes Enlace Operativo)
Descripción	Pago de Seguridad Social
Fecha	2021-04-08, 10:27:14 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	marzo de 2021
Periodo de Cotización Para Salud	marzo de 2021
Empresa	DIANA ANGELICA ORDOÑEZ NOVA
CEDULA CIUDADANIA	CC 52540705
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	48902986
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	949510612
Banco	(1507) - NEQUI
Valor	$ 281.400
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.suaporte.com.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800227940	231001	COLFONDOS	1	$ 145.500	$ 0
N830003564	EPS017	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM-COLSUBSIDIO	1	$ 113.700	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 22.200	$ 0
			SubTotales:	$ 281.400	$ 0
			Total a Pagar:		$ 281.400

ARUS, Linea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

ARUS (antes Enlace Operativo) no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

EXPERTOS en PILA

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURAR
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENETE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:
DIANA ANGELICA ORDOÑEZ NOVA
C.C 52540705 DE BOGOTA

La suma de un millón trecientos diecinueve mil ciento ochenta y cuatro pesos ($ 1.319.184), por concepto de: PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL AREA DE SALA DE PARTOS EN LA UNIDAD DE KENNEDY. Durante el periodo de 01 de 30 de abril 2021, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 4823-2021

DIANA ANGELICA ORDOÑEZ NOVA
C.C 52540705 DE BOGOTA
CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA
NUMERO 3970747626

Bogotá DC Abril 14 de 2021

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE
Ciudad

Me permito CERTIFICAR, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO:

1. Que durante el año 2020: SI____ o NO X ____cancele intereses de vivienda (marcar según el caso), **adjunto certificación**
2. Que durante el año 2020: SI_____ o NO X ____cancele pólizas de medicina prepagada, o pólizas de salud, o plan complementario, (marcar según el caso) adjunto certificación.
3. DECLARO, bajo la gravedad del juramento que mis dependientes son:

NOMBRE	IDENTIFICACION	PARENTESCO	EDAD	CURSO	INSTITUCION
Ronald camilo Dnaya	1033688635	HIJO	15	8	INEM TUNAL
Jorge Alexander Dnaya	1001272590	HIJO	19	Estudiante	Sena
"					

Que durante el año 2020

4. Soy declarante de RENTA: SI _____ NO X _____
5. SI _____ NO X mis ingresos laborales fueron iguales o superiores a 1400 UVT ($49.850.000)
6. PATRIMONIO BRUTO: Que, durante el año 2020, SI _____ NO X mi patrimonio bruto era igual o superior a 4500 UVT (160.232.000)
7. El valor de los aportes voluntarios a Fondos de Pensiones o cuentas AFC, es de $_____
8. Solicito SI _____ NO _____ realizar retención en la fuente adicional, a la calculada por el sistema ordinario por valor de $_____.
9. Solicito por favor aplicar para efectos de la retención en la fuente el Articulo 383 del ET SI _____ NO____ o aplicar la Retención en la fuente del 11% SI _____ NO _____

Atentamente

NOMBRE: Diana Angelica Ordoñez Nova FIRMA:
C.C: 52540705
UNIDAD: Sala de Partos