

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN
DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE
PAGO POR TESORERÍA

Versión 3
Fecha de aprobación 15/02/2018
Código 04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				ZULEY MARCELA CARDONA JARAMILLO											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		1018419036						
CORREO ELECTRONICO:				zmcardonaj@unal.edu.co				CELULAR:		3508194401					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								KE 10							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				SALAS DE CIRUGIA				SEDE:		Kennedy					
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
			100												
ENTIDAD FINANCIERA:				BANCO DE BOGOTA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				040600827				PENSIONADO		No					
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS															
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				5756-2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				1 DE 1			
NÚMERO DE CDP		1612		FECHA		28-sep-18		NÚMERO DE CRP		FECHA					
OBJETO DEL CONTRATO:				PROFESIONAL DE ENFERMERÍA											
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DIA		MES		AÑO		HASTA			
						4		10		2018		31			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$2.611.213											
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%				\$0							
OBSERVACIONES: 168 HORAS LABORADAS															
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO															
CONCEPTO								VALORES							
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:								\$2.570.322							
VALOR EJECUTADO								\$2.487.408							
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$2.487.408							
VALOR A LIBERAR								\$0							
SALDO POR EJECUTAR								\$82.914							
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN								96,8%							
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:															
Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$1,953,105 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									
	\$994.963	\$124.370	\$159.194	3	\$24.327	\$307.891									
Dado en Bogotá a los () días del mes de OCTUBRE del año Dos Mil diesiocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente.															
 ANA TULIA RINCON SALCEDO NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:								 ZULEY MARCELA CARDONA JARAMILLO NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA							