

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA		Versión	2	
			Fecha de aprobación	31/03/2017	
			Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				LUZ GENITH ASCANIO TORRES											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		1000002971						
CORREO ELECTRONICO:				luzgenith@hotmail.com				CELULAR:		3143357808					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:															
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				URGENCIAS				SEDE:		KE11 TINTAL					
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		KE11B05	100												
ENTIDAD FINANCIERA:				DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				000-570108035								PENSIONADO		No	
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS															
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				2239-2019				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				7 DE 7			
NÚMERO DE CDP		1017	FECHA	25/07/2019	NÚMERO DE CRP		34273	FECHA		31/07/2019					
OBJETO DEL CONTRATO:				AUXILIAR DE ENFERMERIA											
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DIA	MES	AÑO	HASTA		DIA	MES	AÑO		
						1	8	2019			31	8	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1.617.120											
TIPO DE SERVICIOS				Asistencial				RESERVA DE GLOSA 2%				\$0			
OBSERVACIONES:180 HORAS MES															
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO															
CONCEPTO								VALORES							
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:								\$11.750.798							
VALOR EJECUTADO								\$11.158.128							
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$1.617.120							
VALOR A LIBERAR								\$0							
SALDO POR EJECUTAR								\$592.670							
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN								95%							
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 \$2.070.290., 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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES									
8495336854	\$ 828.116	\$103.600	\$132.500	3	\$20.200	\$256.300									
Dado en Bogotá a los () días del mes de agosto del año DOS MIL DIECINUEVE (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,															
LORENA MARGARITA BERRIO							LUZ GENITH ASCANIO TORRES								
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:							NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA								