Secretaría de Salud Subdirección 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 Fecha de aprobación: 15/02/2018 Código: 04-02-FO-0002	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JOHANNA ORTIZ SERRATO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.030.585.537						
CORREO ELECTRONICO:	johannaor_tiz@hotmail.com				CELULAR:	3142096830						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SEDE: KENNEDY							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	REHABILITACION				SEDE:	Kennedy						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	M07-KE10	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	488402293705,00						PENSIONADO	NO				

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5975-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		2 DE 2	
NÚMERO DE CDP		FECHA		NÚMERO DE CRP		FECHA	
OBJETO DEL CONTRATO:	TERAPEUTA RESPIRATORIA						

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	12	2018		31	12	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.753.916							
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%						

OBSERVACIONES: SE ANEXA PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL DEL MES DE NOVIEMBRE EL CUAL SE PAGO SOBRE EL 40% DEL VALOR COBRADO DE 2.753.916 CORRESPONDIENTE A 186 HORAS CON DOBLE PIN POR SALDO FALTANTE.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$5.507.832
VALOR EJECUTADO	$5.507.832
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.753.916
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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 **$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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8331795342-8331848302	$1.101.566,00	$137.696	$176.251	3	$26.834	$340.780

Dado en Bogotá a los (11) días del mes de DICIEMBRE del año Dos Mil Diez y Ocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

Rosa E Pulido B

ROSA ELVIRA PULIDO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Johana Ortiz Serrato

JOHANNA ORTIZ SERRATO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Scanned by CamScanner