| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CÓDIGO: AP-CT-F-16-05 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 5 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E | PÁGINA: 1 DE 1 |
| | | FECHA: 16/02/2018 |

## INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | ZAMBRANO OLARTE JOHANN CAMILO | | 160347 |
| TIPO DE DOCUMENTO: | Cedula | No. | 80066083 |
| CORREO | zamol1819@gmail.com | CELULAR | 3046721329 |
| PROCESO: | Ambulancias y/o Secundarios | | |
| SERVICIO: | Ambulancias y/o | UNIDAD: | Engativa |

| CENTRO DE COSTOS | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | A00 | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| BANCO | 12 | TIPO CUENTA | AHORROS |
| NUMERO CUENTA BANCARIA | 2170059667 | | |

## INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 2220-2021 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | |
| NÚMERO DE CDP: 1 | 321 | FECHA | 04/02/2021 | NÚMERO DE CRP: 1 | 14834 | FECHA | 04/02/2021 |
| NÚMERO DE CDP: 2 | 375 | FECHA | 15/02/2021 | NÚMERO DE CRP: 2 | 18830 | FECHA | 23/02/2021 |
| NÚMERO DE CDP: 3 | 707 | FECHA | 31/03/2021 | NÚMERO DE CRP: 3 | 27396 | FECHA | 31/03/2021 |
| NÚMERO DE CDP: 4 | 1128 | FECHA | 27/05/2021 | NÚMERO DE CRP: 4 | 37168 | FECHA | 27/05/2021 |
| NÚMERO DE CDP: 5 | 1347 | FECHA | 25/06/2021 | NÚMERO DE CRP: 5 | 40808 | FECHA | 25/06/2021 |
| NÚMERO DE CDP: 6 | 1560 | FECHA | 23/07/2021 | NÚMERO DE CRP: 6 | 49540 | FECHA | 23/07/2021 |
| NÚMERO DE CDP: 7 | 1720 | FECHA | 25/08/2021 | NÚMERO DE CRP: 7 | 53140 | FECHA | 25/08/2021 |
| NÚMERO DE CDP: 8 | 2038 | FECHA | 30/09/2021 | NÚMERO DE CRP: 8 | 56897 | FECHA | 30/09/2021 |

OBJETO: CONDUCTOR DE AMBULANCIAS - APH

| PERIODO CERTIFICADO | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 01 | 09 | 2021 | | 30 | 09 | 2021 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | 0 |
| VALOR MES | 1,530,222 | VALOR LETRAS | |

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

## CONTROL DE EJECUCION DEL CONTRATO

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | 13,172,065 |
| VALOR EJECUTADO: | 13,172,065 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: | 658,160 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS: | 246 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES: | 80 |
| VALOR A LIBERAR: | 0 |
| SALDO POR EJECUTAR: | 0 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN: | 100.00 % |

## 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.

| PLANILLA | VALOR EPS | VALOR AFP | RIES | VALOR ARL | VALOR CAJA | TOTAL PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1040346087 | 1,113,600 | 145,400 | 5 | 0 | 0 | 1,259,000 |
| | 0 | 0 | | 0 | 0 | |

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

80066083
Johann C Zambrano

IVAN DARIO OCHOA PELAEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ZAMBRANO OLARTE JOHANN CAMILO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.