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

## INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | MEDINA ROMERO JAVIER RICARDO | | | | | | | | | | 172007 |
| TIPO DE DOCUMENTO: | Cedula | | | No. | | | | 91215778 | | | |
| CORREO | jricardomedina@hotmail.com | | | CELULAR | | | | 3017424223 | | | |
| 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 | 1 | | | TIPO CUENTA | | | | AHORROS | | | | |
| NUMERO CUENTA BANCARIA | 301028759 | | | | | | | | | | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 9426-2021 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | |
| NÚMERO DE CDP: 1 | 2129 | FECHA | 13/10/2021 | NÚMERO DE CRP: 1 | 59613 | FECHA | 15/10/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OBJETO: | MEDICO(A) GENERAL - APH | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO | | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO |
| | | | 01 | 12 | 2021 | | 31 | 12 | 2021 |
| TIPO SERVICIOS | Asistencial | | | RESERVA DE GLOSA 2% | | | 0 | | |
| VALOR MES | 6,267,456 | 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: | 25,069,824 |
| VALOR EJECUTADO: | 18,398,016 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: | 6,267,456 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS: | 186 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES: | 186 |
| VALOR A LIBERAR: | 0 |
| SALDO POR EJECUTAR: | 6,671,808 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN: | 73.39 % |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 22074722 | 313,400 | 401,200 | 5 | 61,100 | 0 | 775,700 |
| | 0 | 0 | | 0 | 0 | |

El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.

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

Firmado según planilla CERTIFICADO DE PAGO DE ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD del periodo Diciembre 2021

IVAN DARIO OCHOA PELAEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MEDINA ROMERO JAVIER RICARDO
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.*

Scanned by TapScanner