Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	CODIGO: AP-CT-F16-06
		VERSION: 6
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA: **1** de **1**
		FECHA: 21/06/2018

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRES DEL CONTRATISTA:	**JORGE SANTANA VIANNEY JOSE**												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C.	**X**	C.E.		NÚMERO:	**484510**							
CORREO ELECTRÓNICO:					CELULAR:								
PROCESO:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS												
SERVICIO:	**Ambulancias APH Convenio 1222-01**				SEDE:	Engativa – Calle 80							
CENTRO DE COSTOS:	C.C.	%	C.C.	%	C.C.	%	C.C.	%	C.C.	%	C.C.	%	
	G50	**100%**											
ENTIDAD FINANCIERA:	**BANCO DE BOGOTA**				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NÚMERO DE CUENTA BANCARIA:	**102672599**				PENSIONADO:	**NO**							

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**1766-2018**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO:	**11**		
NÚMERO CDP 1:	**295**	FECHA:	**01/02/2018**	NÚMERO CRP 1:	**11869**	FECHA:	**01/02/2018**
NÚMERO CDP 2:	**326**	FECHA:	**12/02/2018**	NÚMERO CRP 2:	**13167**	FECHA:	**23/02/2018**
NÚMERO CDP 3:	**956**	FECHA:	**30/04/2018**	NÚMERO CRP 3:	**19025**	FECHA:	**30/04/2018**
NÚMERO CDP 4:	**1772**	FECHA:	**24/08/2018**	NÚMERO CRP 4:	**33216**	FECHA:	**24/08/2018**
NÚMERO CDP 5:	**1985**	FECHA:	**24/09/2018**	NÚMERO CRP 5:	**36348**	FECHA:	**24/09/2018**
NÚMERO CDP 6:	**2242**	FECHA:	**30/10/2018**	NÚMERO CRP 6:	**42739**	FECHA:	**30/10/2018**
NÚMERO CDP 7:	**2392**	FECHA:	**29/11/2018**	NÚMERO CRP 7:	**45229**	FECHA:	**29/11/2018**
NÚMERO CDP 8:		FECHA:		NÚMERO CRP 8:		FECHA:	
NÚMERO CDP 9:		FECHA:		NÚMERO CRP 9:		FECHA:	
NÚMERO CDP 10:		FECHA:		NÚMERO CRP 10:		FECHA:	
NÚMERO CDP 11:		FECHA:		NÚMERO CRP 11:		FECHA:	
NÚMERO CDP 12:		FECHA:		NÚMERO CRP 12:		FECHA:	
OBJETO DEL CONTRATO:	**Por prestación de servicios como: MEDICO GENERAL – APH**						

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE:	DÍA	MES	AÑO	HASTA:	DÍA	MES	AÑO
		01	**12**	**2018**		**31**	**12**	**2018**

VALOR HONORARIOS MENSUALES:	**$5.580.000**						
TIPO DE SERVICIO:	**Administrativo**		**Asistencial**	**X**	**Salud Publica - PIC**		

OBSERVACIONES: Ok , esta supervisión queda sujeta a verificación de inasistencias, incapacidades y otros posibles descuentos posteriores al 15 de Diciembre del año en curso.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	**$47.880.000**
VALOR EJECUTADO:	**$47.880.000**
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	**$5.580.000**
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	**186**
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	**186**
VALOR A LIBERAR:	**$ 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 $**1.953.104**, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC Cotización	SALUD 12.5% IBC	PENSIÓN 16% IBC	N. ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
	$2.232.000	**$279.000**	**$357.120**	**4**	**$0**	**$636.120**

Dado en Bogotá a los **(31)** días del mes de **(12)** del año Dos Mil Dieciocho **(2018)**. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

JORGE WILSON BLANCO RINCON
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:

JORGE SANTANA VIANNEY JOSE
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: