

|                                                                                                                                                                          |                                                                                                          |                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
|  <p>Secretaría de Salud<br/>Subred Integrada de Servicios de Salud<br/>Norte E.S.E.</p> | <p align="center"><b>CERTIFICACIÓN Y COMPROMISO<br/>PRECONTRACTUAL</b></p>                               | <p>CÓDIGO: AP-CT-F-54-01</p> |
|                                                                                                                                                                          |                                                                                                          | <p>VERSIÓN: 1</p>            |
|                                                                                                                                                                          | <p align="center">SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br/>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN</p> | <p>PÁGINA: 2 DE 1</p>        |
|                                                                                                                                                                          |                                                                                                          | <p>FECHA: 31/10/2019</p>     |

Bogotá **29/03/2023**

Señores

**DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN**

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.**

Ciudad.

Yo **ERIKA LORENA MORA ACOSTA** con CC (X) o C E ( ) y Nro. **1013642053** de **BOGOTÁ**, certifico que me encuentro vinculado y realizando los aportes al sistema de seguridad social en salud a las siguientes administradoras (EPS, AFP y ARL):

EPS: **SANITAS**

AFP: **PORVENIR**

ARL: **SURAMERICANA**

Así mismo a subir y/o entregar la documentación requerida por parte de la dirección de contratación para la respectiva suscripción del contrato en la plataforma del SECOP II o en físico si a ello hubiere lugar. Motivo por el cual bajo la gravedad del juramento doy fe de la veracidad de los mismos, autorizando a la Subred Norte para que en cualquier momento pueda si así lo estima pertinente solicitar la autenticidad de ellos ante las entidades pertinentes.

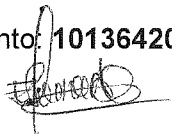
Que me comprometo a realizar la aprobación del contrato de prestación de servicios y modificaciones contractuales; (Adición, Prorroga, Suspensiones y/o terminaciones, entre otras) dentro del día (1) día hábil siguiente en que figuren en plataforma del SECOP II y/o en físico si a ello hubiere lugar, para que pueda autorizarse y certificarse por el supervisor, el respectivo pago de honorarios so pena de incumplimiento contractual.

Atentamente,

Nombre: **ERIKA LORENA MORA ACOSTA**

Documento: **1013642053**

Firma:




Calle 66 # 15-41

dircontratacion@subrednorte.gov.co

Tel.: 4431790 Ext. 1036

Nit: 900971006-4