	<b>CERTIFICACIÓN Y COMPROMISO PRECONTRACTUAL</b>	CÓDIGO: AP-CT-F-54-01
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA: 2 DE 1
		FECHA: 31/10/2019

Bogotá **11/08/2022**

Señores

**DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN**

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

Ciudad.

Yo **CAROLINA VELASQUEZ RAMIREZ** con CC (X) o C E ( ) y Nro. **52934661** 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: **COMPENSAR**

AFP: **PORVENIR**

ARL: **SURA**

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.

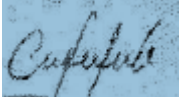
Que me comprometo a realizar la aprobación del contrato de prestación de servicios y modificaciones contractuales; (Adición, Prorroga, Suspensiones y/o terminaciones, entre otras) dentro del día (1) día hábil siguiente en que figuren en plataforma del SECOP II y/o en físico si a ello hubiere lugar, para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

Atentamente,

Nombre: **CAROLINA VELASQUEZ RAMIREZ**

Documento: **52934661**

Fecha: **11/08/2022**

Firma: 

Calle 66 # 15-41  
dircontratacion@subrednorte.gov.co  
Tel.: 4431790 Ext. 1036  
Nit: 900971006-4