| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | **CERTIFICACIÓN Y COMPROMISO PRECONTRACTUAL** | CÓDIGO:AP-CT-F-54-01 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN | PÁGINA: 1 DE 1 |
| | | FECHA: 28/10/2019 |

Bogotá

Señores
**DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN**
**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.**
Ciudad.

Yo Vilma Adriana Vargas Ruiz __, con CC ( x ) o C E ( ) y Nro. 52764562__ de _bogota_____ **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: famisanar cafam___

AFP: _proteccion___

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.

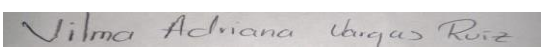
Que me comprometo a realizar la aprobación del contrato de prestación de servicios y modificaciones contractuales; (Adición, Prorroga, Suspensiones y/o terminaciones, entre otras) dentro del día (1) día hábil siguiente en que figuren en plataforma del SECOP II y/o en físico si a ello hubiere lugar, para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

Atentamente,

Nombre: _vilma adriana vargas ruiz ____

Documento: _52764562__

Fecha: _07/05/2023__

Firma: __

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