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. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 31/10/2019

Bogotá dd/mm/aaaa

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

Yo **JHON GILBERTO MELO VERA,** con CC (**X**) o C E ( ) y Nro.**80.014.363** de **BOGOTÁ D.C.,** 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: **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: JHON GILBERTO MELO VERA
Documento: C.C. No. 80.014.363 de Bogotá D.C.
Firma:_____

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