	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		CÓDIGO: AP-CT-F-16-05	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E		VERSIÓN: 5	
			PÁGINA: 1 DE 1	
				FECHA: 16/02/2018

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		OLAYA PEREZ DANIEL ORLANDO										303613	
TIPO DE DOCUMENTO:		Cedula				No.		1030598690					
CORREO		danielolaya83@yahoo.com				CELULAR		3143985760					
PROCESO:		Ambulancias y/o Secundarios											
SERVICIO:		Ambulancias y/o				UNIDAD:		Engativa					
CENTRO DE COSTOS		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		ENGG17											
BANCO		28				TIPO CUENTA		SIN CUENTA					
NUMERO CUENTA BANCARIA		0											

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS															
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:						5062-2023		N° DE PAGOS DEL CONTRATO							
NÚMERO DE CDP: 1	1004	FECHA	24/04/2023	NÚMERO DE CRP: 1	22324	FECHA	06/05/2023	NÚMERO DE CDP: 2	2099	FECHA	12/10/2023	NÚMERO DE CRP: 2	46770	FECHA	13/10/2023
NÚMERO DE CDP: 3	2250	FECHA	21/11/2023	NÚMERO DE CRP: 3	52179	FECHA	22/11/2023	NÚMERO DE CDP: 4	159	FECHA	24/01/2024	NÚMERO DE CRP: 4	8854	FECHA	24/01/2024
NÚMERO DE CDP: 5	210	FECHA	09/02/2024	NÚMERO DE CRP: 5	17650	FECHA	09/02/2024								
OBJETO: BACHILLER-CONDUCTOR															
PERIODO CERTIFICADO				DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO				
					01	12	2023		31	12	2023				
TIPO SERVICIOS				Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%		0							
VALOR MES		2,235,393		VALOR LETRAS											
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.															

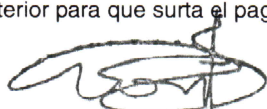
CONTROL DE EJECUCION DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	24,408,881
VALOR EJECUTADO:	22,173,488
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,235,224
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	248
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	248
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	2,235,393
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	90.84 %

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 \$2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.						
PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
73132494	145,000	185,600	3	0	0	0
	0	0		0	0	0

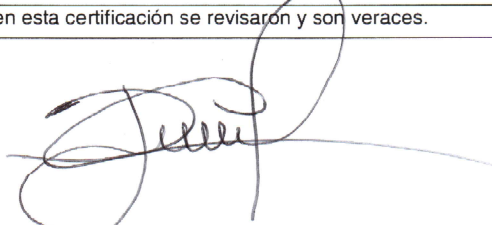
Cargado en Gestion Th - ID No. 2086 Valor Hora 9013 Cantidad Horas 248 Valor mes 2235393 Cant Dias 0

El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,



HARVEY NEUTA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:



OLAYA PEREZ DANIEL ORLANDO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.

DANIEL ORLANDO OLAYA PEREZ

CONDUCTOR DE AMBULANCIA



Contrato Actual: 5062



3143985760



danielolaya131@gmail.com

Información del contratista

Tipo de documento

Cédula de ciudadanía

No. de documento

1030598690

Sede

HOSPITAL ENGATIVÁ

Banco

BANCO DAVIVIENDA

Tipo de cuenta

AHORRO

No. de cuenta

452900105050

Por favor revise la información que aparece a continuación

Pulse en el botón **Aprobar** para aprobar la cuenta y enviarla a cuentas por pagar,

Pulse en el botón **Rechazar** para enviar la cuenta nuevamente al contratista con los respectivos comentarios para su corrección.

PERIODO	SUPERVISOR	CONTRATO	CENTROS DE COSTO	CDP / CRP	PLANILLA		
2023-12-01 / 2023-12-31	HARVEY NEUTA	5062	SUBU07 - 100 %	/	Planilla No 73132494		
EJECUCIÓN DEL CONTRATO							
Número de CDP 1	1004	Fecha	Número de CRP 1	22324	Fecha		
Número de CDP 2	2099	Fecha	2023-10-12	Número de CRP 2	46770	Fecha	2023-10-13
Número de CDP 3	2250	Fecha	2023-11-21	Número de CRP 3	52179	Fecha	2023-11-22
CONTROL DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO							
CONCEPTO				VALORES			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES				\$17,702,871			
VALOR EJECUTADO				\$17,702,702			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA				\$2,235,224			
TOTAL HORAS CONTRATADAS				248			
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES				248			
VALOR HORA A CERTIFICAR EN EL MES				9013			
VALOR A LIBERAR				\$0			
SALDO POR EJECUTAR				\$169			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN				100%			
PAGADO MES ANTERIOR	IBC COTIZACIÓN	APORTE SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSIÓN 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL DE APORTES	
50	\$1,100,000	\$145,000	\$185,600	4	\$0	\$330,600	

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARA RIESGOS Y SALUD			
CC	1030598680	DANIEL ORLANDO CLAYA PEREZ	CRA 95 B # 57 58 SUR	6049904	DANIELCLAYA31@GMAIL.CO				
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	NO			

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAJO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPL/EAOS	UNC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2023-11	2023-11	1	11/12/2023	73132494	\$353.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	86006842-7	145.000	0		0		0	0	0	0	145.000	1

TOTALES PENSION									
Código ARP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aportes Voluntario Afiliado	Aportes Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización
231001	Colfondos	800227440-6	165.600	0	0	0	0	0	165.600
									1

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades No. Autorización	Valor	Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados		
CCF22	CAERUDO	861007336-1	23.200	0	0	23.200	1		

TOTALES PARA FISCALES			
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar
0	0	0	0
SENA			
0	0	0	0
ICBF			
0	0	0	0
ESAP			
0	0	0	0
MIEN			
0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	145.000	145.000
Pensión	1	165.600	165.600
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	23.200	23.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MIEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	353.800	353.800