| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CÓDIGO: AP-CT-F-16-05 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 5 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E | PÁGINA: 1 DE 1 |
| | | FECHA: 16/02/2018 |

## INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | AGREDA RAMIREZ BETZY JOHANNA | | 315952 |
| TIPO DE DOCUMENTO: | Cedula | No. | 1136880965 |
| CORREO | johannabro7@hotmail.com | CELULAR | 3107544571 |
| PROCESO: | Urgencias | | |
| SERVICIO: | Urgencias | UNIDAD: | Simon Bolivar |

| CENTRO DE COSTOS | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | A00 | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| BANCO | 4 | TIPO CUENTA | AHORROS |
| NUMERO CUENTA BANCARIA | 10005557017 | | |

## INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 2614-2024 | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CDP: 1 | 166 | FECHA | 26/01/2024 | NÚMERO DE CRP: 1 | 15400 | FECHA | 04/02/2024 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OBJETO: | NULL | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | |
| | | 01 | 02 | 2024 | | 29 | 02 | 2024 | |
| TIPO SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | | | 0 | | | | |
| VALOR MES | 1,953,372 | 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: | 3,906,744 |
| VALOR EJECUTADO: | 1,827,348 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: | 1,827,348 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS: | 186 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES: | 174 |
| VALOR A LIBERAR: | 0 |
| SALDO POR EJECUTAR: | 2,079,396 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN: | 46.77 % |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8374224266 | 162,500 | 208,000 | 5 | 0 | 0 | 370,500 |
| | 0 | 0 | | 0 | 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,

| TOVAR REYES LUISA FERNANDA | AGREDA RAMIREZ BETZY JOHANNA |
|---|---|
| NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR: | 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.