| 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: | ALGARRA BOHORQUEZ WILSON YESID | | 316432 |
| TIPO DE DOCUMENTO: | Cedula | No. | 79219488 |
| CORREO | wilsongarra17@gmail.com | CELULAR | 3114856954 |
| PROCESO: | Cartera y Glosas | | |
| SERVICIO: | Cartera y Glosas | UNIDAD: | Suba |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| BANCO | 13 | TIPO CUENTA | AHORROS |
| NUMERO CUENTA BANCARIA | 050928147 | | |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 2991-2024 | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CDP: 1 | 180 | FECHA | 30/01/2024 | NÚMERO DE CRP: 1 | 15073 | FECHA | 03/02/2024 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OBJETO: | NULL | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO |
| | | 03 | 02 | 2024 | | 29 | 02 | 2024 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO SERVICIOS | Administrativo | RESERVA DE GLOSA 2% | 0 |
| VALOR MES | 2,632,401 | 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: | 5,264,802 |
| VALOR EJECUTADO: | 2,632,401 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: | 2,632,401 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS: | 0 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES: | |
| VALOR A LIBERAR: | 0 |
| SALDO POR EJECUTAR: | 2,632,401 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN: | 50.00 % |

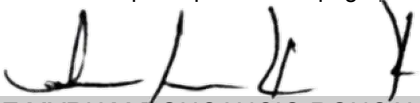
## El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 4535050450 | 162,500 | 208,000 | 3 | 31,700 | 0 | 402,200 |
| | 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,






| LUZ MYRIAM RONCANCIO RONCANCIO | ALGARRA BOHORQUEZ WILSON YESID |
|---|---|
| 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.