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:	GARCIA ZAMUDIO ARGENIS MAGALY		300686
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1032396588
CORREO	magalygz11@gmail.com	CELULAR	3114765931
PROCESO:	Facturacion		
SERVICIO:	Facturacion	UNIDAD:	Suba

CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	CESR23											

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:	0759-2023	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	

NÚMERO DE CDP: 1	141	FECHA	11/01/2023	NÚMERO DE CRP: 1	11823	FECHA	31/01/2023
NÚMERO DE CDP: 2	1275	FECHA	23/05/2023	NÚMERO DE CRP: 2	23294	FECHA	23/05/2023
NÚMERO DE CDP: 3	1307	FECHA	23/05/2023	NÚMERO DE CRP: 3	25728	FECHA	31/05/2023
NÚMERO DE CDP: 4	1739	FECHA	26/07/2023	NÚMERO DE CRP: 4	36297	FECHA	01/08/2023
NÚMERO DE CDP: 5	2098	FECHA	12/10/2023	NÚMERO DE CRP: 5	47872	FECHA	13/10/2023
NÚMERO DE CDP: 6	2254	FECHA	21/11/2023	NÚMERO DE CRP: 6	55225	FECHA	22/11/2023
NÚMERO DE CDP: 7	158	FECHA	24/01/2024	NÚMERO DE CRP: 7	11089	FECHA	24/01/2024

OBJETO:	TECNOLOGO ADMINISTRATIVO II							
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	12	2023		31	12	2023

TIPO SERVICIOS	Administrativo	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	2,971,685	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:	35,419,655
VALOR EJECUTADO:	35,419,655
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,971,685
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	0
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	0
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	100.00 %

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
73128991	148,700	190,300	3	29,000	0	0
	0	0		0	0	0

Cargado en Gestion Th - ID No. 220 Valor Hora 0 Cantidad Horas 0 Valor mes 2971685 Cant Dias 30

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	GARCIA ZAMUDIO ARGENIS MAGALY
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.