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:	TRUJILLO CHAPARRO DODAMIN		303634
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1121825780
CORREO	dyanchi.1986@gmail.com	CELULAR	3166992021
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	%
	HSBR23											

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:	5109-2023	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	

NÚMERO DE CDP: 1	1003	FECHA	24/04/2023	NÚMERO DE CRP: 1	22352	FECHA	09/05/2023
NÚMERO DE CDP: 2	1307	FECHA	23/05/2023	NÚMERO DE CRP: 2	25894	FECHA	31/05/2023
NÚMERO DE CDP: 3	1718	FECHA	21/07/2023	NÚMERO DE CRP: 3	35537	FECHA	21/07/2023
NÚMERO DE CDP: 4	1739	FECHA	26/07/2023	NÚMERO DE CRP: 4	39462	FECHA	01/08/2023
NÚMERO DE CDP: 5	2098	FECHA	12/10/2023	NÚMERO DE CRP: 5	48013	FECHA	13/10/2023
NÚMERO DE CDP: 6	2254	FECHA	21/11/2023	NÚMERO DE CRP: 6	55366	FECHA	22/11/2023
NÚMERO DE CDP: 7	158	FECHA	24/01/2024	NÚMERO DE CRP: 7	11212	FECHA	24/01/2024

OBJETO:	BACHILLER							
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	2,099,202	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:	26,273,808
VALOR EJECUTADO:	26,273,808
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,047,220
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	270
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
9459791343	152,400	195,100	3	29,700	0	0
	0	0		0	0	0

Cargado en Gestion Th - ID No. 341 Valor Hora 11286 Cantidad Horas 270 Valor mes 2099202 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,



LUZ MYRIAM RONCANCIO RONCANCIO	TRUJILLO CHAPARRO DODAMIN
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.