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:	DE LA CRUZ PEDRAZA SLENDY MILENA		341329
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	52147665
CORREO	milenadela@gmail.com	CELULAR	3003916359
PROCESO:	CONTRATO TERMINALES		
SERVICIO:	CONTRATO TERMINALES	UNIDAD:	Fray

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

BANCO	10	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	24105791214		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2387-2024	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	

NÚMERO DE CDP: 1	166	FECHA	26/01/2024	NÚMERO DE CRP: 1	14853	FECHA	03/02/2024
NÚMERO DE CDP: 2	499	FECHA	19/04/2024	NÚMERO DE CRP: 2	25466	FECHA	23/04/2024
NÚMERO DE CDP: 3	628	FECHA	20/05/2024	NÚMERO DE CRP: 3	28931	FECHA	20/05/2024
NÚMERO DE CDP: 4	810	FECHA	20/06/2024	NÚMERO DE CRP: 4	36167	FECHA	21/06/2024
NÚMERO DE CDP: 5	923	FECHA	23/07/2024	NÚMERO DE CRP: 5	38560	FECHA	30/07/2024
NÚMERO DE CDP: 6	null	FECHA	null	NÚMERO DE CRP: 6	null	FECHA	null

OBJETO: PROFESIONAL MEDICO - HOSPITALIZACION Y/O URGENCIAS

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	07	2024		31	07	2024

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	7,021,500	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:	49,150,500
VALOR EJECUTADO:	49,150,500
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	7,021,500
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	100.00 %

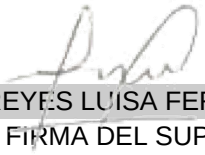
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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
9469873013	358,700	459,100	5	69,900	17,300	905,000
	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	DE LA CRUZ PEDRAZA SLENDY MILENA
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.