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:	TIJARO CONTRERAS GINA PAOLA		327706
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1012372417
CORREO	gina694@hotmail.com	CELULAR	3124302698
PROCESO:	Hospitalización		
SERVICIO:	Hospitalización	UNIDAD:	Chapinero

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

BANCO	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	000570100750		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0160-2024	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	

NÚMERO DE CDP: 1	37	FECHA	02/01/2024	NÚMERO DE CRP: 1	7406	FECHA	18/01/2024
NÚMERO DE CDP: 2	261	FECHA	23/02/2024	NÚMERO DE CRP: 2	18391	FECHA	26/02/2024
NÚMERO DE CDP: 3	499	FECHA	19/04/2024	NÚMERO DE CRP: 3	24139	FECHA	23/04/2024
NÚMERO DE CDP: 4	628	FECHA	20/05/2024	NÚMERO DE CRP: 4	29064	FECHA	20/05/2024
NÚMERO DE CDP: 5	810	FECHA	20/06/2024	NÚMERO DE CRP: 5	34633	FECHA	21/06/2024

OBJETO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - PROFESIONAL ESPECIALIZADO VI							
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	05	2024		31	05	2024

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	8,377,979	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:	45,799,619
VALOR EJECUTADO:	45,799,619
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	8,377,979
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	0
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	100.00 %

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

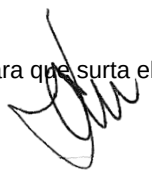
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
76520821	419,000	536,400	3	81,700	0	1,037,100
	0	0		0	0	

USS Simón Bolívar

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,



VARGAS WENDEUS LILIANA CHRISTINA	TIJARO CONTRERAS GINA PAOLA
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.