AUTORIZACIÓN DE PAGO
R-RI-73
10

FECHA:	19/11/2024
CONSECUTIVO TRD:	250-23-01-01-0929-2024
No. CONTRATO/CONVENIO:	200-10-01-12-0055-2023
OBJETO:	Contratar los servicios para la realización de exámenes médicos ocupacionales y pruebas complementarias para los funcionarios de CORPOURABA, en el marco del Sistema de Salud y Seguridad en el Trabajo.
NOMBRE CONTRATISTA:	CORPORACION IPS CEDISALUD
NIT/CÉDULA CONTRATISTA:	900467430-3
NOMBRE SUPERVISOR(A):	Yudy Celi Garcia Madrid
NOMBRE COORDINADOR(A):	Cristian Camilo Mestra Jaramillo
PERIODO Y NÚMERO DE PAGO A CANCELAR:	De agosto a octubre de 2024. Pago 05
NÚMERO CUENTA BANCARIA BENEFICIARIO:	64570413589

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES SEGURIDAD SOCIAL (Prestación de servicios – Consultoría e Interventoría)	Pago de Salud **E.P.S.**	Planilla adjunta	**No.**	9477145815
	Pago de Pensión **EMPRESA**	Planilla adjunta	**No.**	9477145815
	Pago de Riesgo **EMPRESA**	Planilla adjunta	**No.**	9477145815

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL
(Favor agregue las filas que requiera)

CDP	RCP	Actividad	Rubro	Valor
94	**244**	**Otros servicios profesionales, técnicos y empresariales n.c.p. 0**	**2.3.2.02.02.008.32990900106.83990.01.1.2.3.1.01**	$ 12.851.014
466	**1271**	**Servicios prestados a las empresas y servicios de producción**	**2.3.2.02.02.008.32990900103.83990.01.1.2.3.1.01**	$6.930.000

EJECUCIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO	
VALOR CONTRATO	$ 19.241.014
VALOR PAGADO	$ 7.415.400
VALOR A PAGAR HONORARIOS/SUMINISTRO DE BIENES Y SERVICIOS	$ 6.893.000
VALOR A PAGAR OTROS (Transporte, gastos de viaje, arrendamientos, entre otros que incluya el contrato)	$0
TOTAL A PAGAR	$ 6.893.000
SALDO	$ 4.932.614

PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
TIPO	**%**
EJECUCIÓN FINANCIERA	74 %
EJECUCIÓN FÍSICA	74 %

DOCUMENTOS PARA ANEXAR (Cuando aplique)		
DETALLE	**No.**	**FOLIOS EN CARPETA**
SALUD		Planilla adjunta Nº 9477145815
PENSIÓN		Planilla adjunta Nº 9477145815
OTRO (favor coloque el nombre y agregue las filas que requiera)		
INFORME DEL CONTRATISTA No.		N/A
INFORME DE SUPERVISION No.	250-08-01-06-1972	

Se certifica que el (la) contratista **CORPORACION IPS CEDISALUD**, identificado (a) NIT: 900467430-3, ha cumplido satisfactoriamente con las obligaciones establecidas en el contrato No. 200-10-01-12-0055-2023, por lo tanto, se **AUTORIZA** el pago número 05 correspondiente al periodo citado.

FIRMA SUPERVISOR(A)

	Proyectó	Vo Bo entrega documentación completa a contratación
Nombre	Yudy Celi Garcia Madrid	
Firma		