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:	CASTIBLANCO RAMIREZ EMILI YURANI		355407
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	53053223
CORREO	castiblancoramirez@hotmail.	CELULAR	3112110177
PROCESO:	Epidemiologia		
SERVICIO:	Epidemiologia	UNIDAD:	Ferias

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	1700076142		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4155-2024	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	

NÚMERO DE CDP: 1	427	FECHA	03/04/2024	NÚMERO DE CRP: 1	23190	FECHA	05/04/2024
NÚMERO DE CDP: 2	628	FECHA	20/05/2024	NÚMERO DE CRP: 2	26595	FECHA	20/05/2024
NÚMERO DE CDP: 3	810	FECHA	20/06/2024	NÚMERO DE CRP: 3	36695	FECHA	21/06/2024
NÚMERO DE CDP: 4	923	FECHA	23/07/2024	NÚMERO DE CRP: 4	40189	FECHA	30/07/2024
NÚMERO DE CDP: 5	1062	FECHA	26/08/2024	NÚMERO DE CRP: 5	45730	FECHA	30/08/2024
NÚMERO DE CDP: 6	1207	FECHA	18/09/2024	NÚMERO DE CRP: 6	50287	FECHA	30/09/2024
NÚMERO DE CDP: 7	1393	FECHA	23/10/2024	NÚMERO DE CRP: 7	56546	FECHA	31/10/2024

OBJETO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	10	2024		31	10	2024

TIPO SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	1,853,490	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:	13,960,965
VALOR EJECUTADO:	12,954,500
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,853,490
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	1,006,465
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	92.79 %

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
73794315	163,500	209,200	3	31,900	0	404,600
	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,

LOZANO TORRES INGRID PAOLA	CASTIBLANCO RAMIREZ EMILI YURANI
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.