CORPOURABA

CONSECUTIVO: **250-23-01-01-1248-2024**

Fecha: 18-12-2024 Hora: 05:19 PM Folios:

AUTORIZACIÓN DE PAGO

R-RI-73
10

FECHA:	
CONSECUTIVO TRD:	
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):	Cristian Camilo Mestra Jaramillo
NOMBRE COORDINADOR(A):	Cristian Camilo Mestra Jaramillo
PERIODO Y NÚMERO DE PAGO A CANCELAR:	Del 07 de diciembre al 11 de diciembre de 2024. Pago 09
NÚMERO CUENTA BANCARIA BENEFICIARIO:	64570413589

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES SEGURIDAD SOCIAL (Prestación de servicios – Consultoría e Interventoría)	Pago de Salud **E.P.S.**	Planilla adjunta	**No.**	9478615510
	Pago de Pensión **EMPRESA**	Planilla adjunta	**No.**	9478615510
	Pago de Riesgo **EMPRESA**	Planilla adjunta	**No.**	9478615510

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

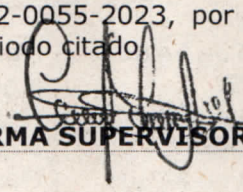
EJECUCIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO

VALOR CONTRATO	$ 19.241.014
VALOR PAGADO	$ 16.188.500
VALOR A PAGAR HONORARIOS/SUMINISTRO DE BIENES Y SERVICIOS	$ 168.100
VALOR A PAGAR OTROS (Transporte, gastos de viaje, arrendamientos, entre otros que incluya el contrato)	$0
TOTAL A PAGAR	$ 168.100
SALDO	$ 2.884.414

PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
TIPO	**%**
EJECUCIÓN FINANCIERA	85 %
EJECUCIÓN FÍSICA	85 %

DOCUMENTOS PARA ANEXAR (Cuando aplique)		
DETALLE	**No.**	**FOLIOS EN CARPETA**
SALUD	Planilla adjunta Nº 9478615510	1
PENSIÓN	Planilla adjunta Nº 9478615510	1
OTRO (favor coloque el nombre y agregue las filas que requiera)		
INFORME DEL CONTRATISTA No.		
INFORME DE SUPERVISION No.		

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 09 correspondiente al periodo citado.



FIRMA SUPERVISOR(A)

	Proyectó	Vo Bo entrega documentación completa a contratación
Nombre	Cristian Camilo Mestra Jaramillo	
Firma	