CORPOURABA

AUTORIZACIÓN DE PAGO
R-RI-73
10

FECHA:	15 de septiembre de 2025
CONSECUTIVO TRD:	250-23-01-01-0940-2025
No. CONTRATO/CONVENIO:	200-10-01-12-0205-2025
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 Seguridad y Salud en el Trabajo.
NOMBRE CONTRATISTA:	IPS PROSALUD S.A.
NIT/CÉDULA CONTRATISTA:	Nit: 890907748-3
NOMBRE SUPERVISOR(A):	Yudy Celi Garcia Madrid
NOMBRE COORDINADOR(A):	Cristian Camilo Mestra Jaramillo
PERIODO Y NÚMERO DE PAGO A CANCELAR:	Del 8/07/2025 al 07/08/2025..
NÚMERO CUENTA BANCARIA BENEFICIARIO:	64505238913 cuenta corriente PROSALUD SAS identificado con NIT 800091462

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES SEGURIDAD SOCIAL (Prestación de servicios – Consultoría e Interventoría)	Pago de Salud **E.P.S.**	Ver planilla 7982865012	**No.**	Ver planilla 7982865012
	Pago de Pensión **EMPRESA**	Ver planilla 7982865012	**No.**	Ver planilla 7982865012
	Pago de Riesgo **EMPRESA**	Ver planilla 7982865012	**No.**	Ver planilla 7982865012

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL
(Favor agregue las filas que requiera)

CDP	RCP	Actividad	Rubro	Valor
206	**525**	Otros servicios profesionales, técnicos y empresariales n.c.p.	2.1.2.02.02.008.32.83990.1.0.01.1.2.3.2.12	**$ 7.650.983**

EJECUCIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO	
VALOR CONTRATO	**$** $ 7.650.893
VALOR PAGADO	$0
VALOR A PAGAR HONORARIOS/SUMINISTRO DE BIENES Y SERVICIOS	$230.000
VALOR A PAGAR OTROS (Transporte, gastos de viaje, arrendamientos, entre otros que incluya el contrato)	$0
TOTAL, A PAGAR	$230.000
SALDO	$7.420.893

PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
TIPO	**%**
EJECUCIÓN FINANCIERA	3%
EJECUCIÓN FÍSICA	3%

DOCUMENTOS PARA ANEXAR (Cuando aplique)

DETALLE	No.	FOLIOS EN CARPETA
SALUD		Ver planilla 7982865012
PENSIÓN		Ver planilla 7982865012
OTRO (favor coloque el nombre y agregue las filas que requiera)		Ver planilla 7982865012
INFORME DEL CONTRATISTA No.		
INFORME DE SUPERVISION No.	250-08-01-06-2058	

Se certifica que el contratista PROSALUD SAS identificado(a) con NIT 800091462, ha cumplido satisfactoriamente con las obligaciones establecidas en el contrato No. 200-10-01-12-0205-2025, por lo tanto, se **AUTORIZA** el pago número **01** correspondiente al periodo citado.

FIRMA SUPERVISOR(A)

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