

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		DUVAN OSWALDO FONSECA RODRIGUEZ						401943				
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1010078180									
CORREO	3171132321	CELULAR	duvanfonsecarodriguez@gm									
PROCESO:	Otro											
SERVICIO:	Otro		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	28		TIPO CUENTA	SIN CUENTA								
NUMERO CUENTA BANCARIA		0										

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		6650-2025		N° DE PAGOS DEL CONTRATO								
NÚMERO DE CDP: 1	1036	FECHA	30/07/2025	NÚMERO DE CRP: 1	37483	FECHA	14/08/2025					

OBJETO: AUXILIAR DE ENFERMERIA HOSPITALIZACION ,URGENCIAS

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		15	08	2025		31	08	2025
TIPO SERVICIOS	Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%			0		
VALOR MES	2,187,732 VALOR LETRAS							

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercute 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:	3,573,296
VALOR EJECUTADO:	1,340,868
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,340,868
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	114
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	2,232,428
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	37.52 %

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
6650202508	0	0	3	0	0	0
	0	0		0	0	

Contratista de nuevo ingreso del mes de Agosto de 2025

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,


CAMILLO MORENO LUZ DARY

DUVAN OSWALDO FONSECA RODRIGUEZ

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.