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:	SOTO BRACAMONTE ROGER MANUEL		404611
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	15669922
CORREO	astrofilomed@hotmail.com	CELULAR	3006083215
PROCESO:	Ambulatorios		
SERVICIO:	Ambulatorios	UNIDAD:	Fray

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:	4355-2025	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	

NÚMERO DE CDP: 1	642	FECHA	24/04/2025	NÚMERO DE CRP: 1	24554	FECHA	01/05/2025
NÚMERO DE CDP: 2	715	FECHA	20/05/2025	NÚMERO DE CRP: 2	26447	FECHA	26/05/2025
NÚMERO DE CDP: 3	871	FECHA	24/06/2025	NÚMERO DE CRP: 3	31289	FECHA	30/06/2025
NÚMERO DE CDP: 4	1000	FECHA	21/07/2025	NÚMERO DE CRP: 4	36357	FECHA	31/07/2025
NÚMERO DE CDP: 5	1166	FECHA	26/08/2025	NÚMERO DE CRP: 5	38161	FECHA	31/08/2025
NÚMERO DE CDP: 6	1323	FECHA	19/09/2025	NÚMERO DE CRP: 6	44468	FECHA	29/09/2025

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL MEDICO AMBULATORIO DENTRO DE LOS DIFERENTES

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	09	2025		30	09	2025

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	6,381,846	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:	31,909,230
VALOR EJECUTADO:	31,909,230
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	6,381,846
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	100.00 %

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
9491613748	500,000	640,000	3	97,500	0	1,237,500
	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,

PUERTO BONILLA NATHALY	SOTO BRACAMONTE ROGER MANUEL
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.