

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

NOMBRE DEL CONTRATISTA: BELTRAN CASTAÑEDA DAVID CAMILO 428660

TIPO DE DOCUMENTO: Cedula No. 1000580681

CORREO: camilobeltran02771@gmail.com CELULAR: 3213405775

PROCESO: Ambulancias y/o Secundarios

SERVICIO: Ambulancias y/o 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 FONDO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 8877-2025 N° DE PAGOS DEL CONTRATO

NÚMERO DE CDP:		FECHA	NÚMERO DE CRP:		FECHA
1	1473	22/10/2025	1	54114	01/11/2025
2	1909	23/12/2025	2	63491	23/12/2025
3	45	08/01/2026	3	2949	19/01/2026
4	null		4	null	

OBJETO: CONDUCTOR DE AMBULANCIA - APH

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	02	2026		28	02	2026

TIPO SERVICIOS: Asistencial RESERVA DE GLOSA 2% 0

VALOR MES: 2,504,800 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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO**

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	9,706,100
VALOR EJECUTADO:	9,665,700
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,464,400
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	248
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	244
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	40,400
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	99.58 %

**El supervisor 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
9498893446	218,900	280,200	5	42,700	0	541,800
	0	0		0	0	

1 HORA CRUE REPORTA FUERA DE SERVICIO POR COMUNICACIONES/ 1 HORA REPORTEB CRUE - MEDICO LLEGA TARDE/ 3 HORAS CRUE REPORTA FUERA DE SERVICIO CALAMIDAD DOMESTICA (MEDICO// SE CRUZA UNA HORA SALIDA TARDE 29/01/2026

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,

*[Firma]*

*Camilo Beltran*

SOTELO VERDUGO ELIANA CRISTINA  
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

BELTRAN CASTAÑEDA DAVID CAMILO  
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.