

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		CÓDIGO: AP-CT-F-16-05	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E		VERSIÓN: 6 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 16/02/2018	
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA				
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		BELTRÁN GARZÓN LEIDY XIMENA		415273
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1018010554	
CORREO	3168225344	CELULAR	ximena.beltrangerzon@hotmail	
PROCESO:	GESTION DEL RIESGO - PIL			
SERVICIO:	GESTION DEL RIESGO - PIL		UNIDAD:	Chapinero
CENTRO DE COSTOS	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:		8486-2025		
NÚMERO DE CDP: 1		1268	FECHA	16/09/2025
NÚMERO DE CDP: 2		1716	FECHA	27/11/2025
NÚMERO DE CRP: 1		48916	FECHA	15/10/2025
NÚMERO DE CRP: 2		56542	FECHA	30/11/2025
OBJETO: TECNICO 1 - AUXILIAR DE ENFERMERIA				
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO
		01	11	2025
TIPO SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	0	
VALOR MES	2,980,800	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 EJECUCION DEL CONTRATO				
CONCEPTO		VALORES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:		3,936,600		
VALOR EJECUTADO:		3,936,600		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:		2,980,800		
TOTAL HORAS CONTRATADAS:		184		
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:		184		
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
91328238	178,000	227,800	3	34,700
	0	0		0
TOTAL PLANILLA 440,500				
El supervisor del contrato hace constar que los datos e informes de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.				

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LOZANO TORRES INGRID PAOLA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

BELTRÁN GARZÓN LEIDY XIMENA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avisa que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.