

	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: 5		
						PÁGINA: 1 DE 1			
						FECHA: 16/02/2018			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA									
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		OSORIO ROJAS RUZ MARY					437573		
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1032396980						
CORREO	ruzmarybb@gmail.com	CELULAR	3229056719						
PROCESO:	GESTION DEL RIESGO - PIL								
SERVICIO:	GESTION DEL RIESGO - PIL		UNIDAD:			Chapinero			
CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	A00								
BANCO	10			TIPO CUENTA		AHORROS			
NUMERO CUENTA BANCARIA		24077185464							
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		7908-2025		N° DE PAGOS DEL CONTRATO					
NÚMERO DE CDP: 1	1267	FECHA	16/09/2025	NÚMERO DE CRP: 1	48178	FECHA	01/10/2025		
NÚMERO DE CDP: 2	1694	FECHA	25/11/2025	NÚMERO DE CRP: 2	56072	FECHA	30/11/2025		
NÚMERO DE CDP: 3	1808	FECHA	19/12/2025	NÚMERO DE CRP: 3	62999	FECHA	19/12/2025		
NÚMERO DE CDP: 4	48	FECHA	08/01/2026	NÚMERO DE CRP: 4	1286	FECHA	19/01/2026		
NÚMERO DE CDP: 5	297	FECHA	20/02/2026	NÚMERO DE CRP: 5	14162	FECHA	28/02/2026		
OBJETO:	TÉCNICO 1 - AUXILIAR DE ENFERMERÍA								
PERIODO CERTIFICADO		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
			01	04	2026		30	04	2026
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:				20,865,600					
VALOR EJECUTADO:				20,865,600					
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	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA			
71130235	218,900	280,200	3	42,700	10,600	552,400			
	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,

SANDRA MIREYA SANCHEZ

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

RUZMARY OSORIO

OSORIO ROJAS RUZ MARY

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.



DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032396980	RUIZ MARY OSORIO ROJAS	Diag.16B # 104-23 INT 8 APT 201Barrio	28766839	ruzmariyosoria19@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC	
			71130235	1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TOTAL NÓMINA	TIPO PLANILLA	TOTAL A PAGAR		
2026-03	2026-03	\$1,750,905	I	\$552,400		

### TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD											
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Total a Pagar	
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor			
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218,900	0	0	0	0	0	0	218,900	
<b>TOTALES PENSIÓN</b>											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor FSP Cotización	Valor FSP UPC	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING +Proteccion)	800229735-0	280,200	0	0	0	0	0	0	0	1

TOTALES RIESGOS LABORALES										
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Valor Neto	Días Mora	Valor Cotización	Valor FSP Cotización	Fondo Solidaridad	Total a Pagar
14-11	ARL SURA	890903796-5	42,700	0	42,700	0	0	0	427	42,700
<b>TOTALES CAJAS</b>										
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Aporte	Valor Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados		
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	10,600	0	0	0	10,600	1		

TOTALES PARAFISCALES			
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar
0	0	0	0
SENA			
0	0	0	0
ICBF			
0	0	0	0
ESAP			
0	0	0	0
MEN			
0	0	0	0
TOTALES			
0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218,900	218,900
PenSIÓN	1	280,200	280,200
Riesgos Laborales	1	42,700	42,700
CCF	1	10,600	10,600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>552,400</b>	<b>552,400</b>

