

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		LUZ ADRIANA SALCEDO GONZALEZ								437172		
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	52461288									
CORREO	luzadriana@yopmail.com	CELULAR	3142090857									
PROCESO:	Hospitalización											
SERVICIO:	Hospitalización		UNIDAD:				Engativa					
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:		1653-2026		N° DE PAGOS DEL CONTRATO							
NÚMERO DE CDP: 1	164	FECHA	22/01/2026	NUMERO DE CRP: 1	10067	FECHA	01/02/2026				

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	04	2026		30	04	2026

TIPO SERVICIOS: Asistencial RESERVA DE GLOSA 2% 0

VALOR MES: 4,022,994 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:	16,091,976
VALOR EJECUTADO:	11,679,660
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,893,220
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	180
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	4,412,316
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	72.58 %

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
74710021	218,900	280,200	3	42,700	0	541,800
	0	0		0	0	

Certificado Hospital Engativá NP

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,



SANDOVAL CASTRO ANDREA  
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LUZ ADRIANA SALCEDO GONZALEZ  
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA