

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		DIAZ RUIZ PAOLA DAYANA								438523		
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1013660895									
CORREO	pdayana1013@outlook.com	CELULAR	3212111664									
PROCESO:	Hospitalización											
SERVICIO:	Hospitalización								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	4				TIPO CUENTA				AHORROS			
NUMERO CUENTA BANCARIA		03212111667										

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		1474-2026		N° DE PAGOS DEL CONTRATO							
NÚMERO DE CDP: 1	164	FECHA	22/01/2026	NUMERO DE CRP: 1	9639	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	3,739,902 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:	14,959,608
VALOR EJECUTADO:	11,219,706
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,739,902
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	3,739,902
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	75.00 %

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
74995892	218,900	280,200	3	42,700	0	541,800
	0	0		0	0	

Simón Bolívar DG

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:

DIAZ RUIZ PAOLA DAYANA

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.