

	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:		RAMIREZ ROA JOHAN GABRIEL								427824		
TIPO DE DOCUMENTO:		Cedula		No.		79216448						
CORREO		phdgabriel@gmail.com		CELULAR		3132514662						
PROCESO:		Hospitalización										
SERVICIO:		Hospitalización				UNIDAD:		Suba				
CENTRO DE COSTOS		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
		A00										
BANCO		12				TIPO CUENTA		AHORROS				
NUMERO CUENTA BANCARIA		004870373109										
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS												
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				2170-2026				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				
NÚMERO DE CDP: 1		164		FECHA		22/01/2026		NÚMERO DE CRP: 1		11030		
										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
						01	02	2026			28	02
										2026		
TIPO SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%						0		
VALOR MES		18,987,066		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:						75,948,264						
VALOR EJECUTADO:						8,574,804						
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:						8,574,804						
TOTAL HORAS CONTRATADAS:						186						
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:						84						
VALOR A LIBERAR:						0						
SALDO POR EJECUTAR:						67,373,460						
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:						11.29 %						
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						
50235470	1,703,200	2,316,400	3	332,000	0	4,351,600						
	0	0		0	0							
CERTIFICADO SUBA CJH												
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:



RAMIREZ ROA JOHAN GABRIEL
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.