

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		MELBA PATRICIA GOMEZ								439390		
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	52164244									
CORREO	intermelgomez@gmail.com	CELULAR	3192495504									
PROCESO:	Hospitalización											
SERVICIO:	Hospitalización				UNIDAD:				Chapinero			
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:		3592-2026			N° DE PAGOS DEL CONTRATO						
NÚMERO DE CDP: 1	164	FECHA	22/01/2026	NUMERO DE CRP: 1	13094	FECHA	27/02/2026				

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 2,566,056 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:	8,040,309
VALOR EJECUTADO:	4,883,784
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,648,832
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	192
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	3,156,525
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	60.74 %

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
85167288	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:

MELBA PATRICIA GOMEZ

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA