

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		SALAS ALMARALES KAREN								428553		
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1129570225									
CORREO	KAREN_CRISTOVIVE1986@H		CELULAR	3043276771								
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				AHORROS			
NUMERO CUENTA BANCARIA		488413527232										

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		1175-2026			N° DE PAGOS DEL CONTRATO						
NÚMERO DE CDP: 1	164	FECHA	22/01/2026	NUMERO DE CRP: 1	12053	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	02	2026		28	02	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:	10,264,224
VALOR EJECUTADO:	3,228,264
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,228,264
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	234
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	7,035,960
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	31.45 %

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
8640037423	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:

SALAS ALMARALES KAREN
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.