

	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:		BULLA ABRIL BRANDON GABRIEL										434852			
TIPO DE DOCUMENTO:		Cedula				No.		1012398045							
CORREO		brandon.1405@hotmail.com				CELULAR		3223025251							
PROCESO:		Otro													
SERVICIO:		Otro				UNIDAD:				USS EMAUS					
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:		0818-2026				N° DE PAGOS DEL CONTRATO									
NÚMERO DE CDP: 1		165		FECHA		22/01/2026		NÚMERO DE CRP: 1		11633		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	03	2026		31	03	2026				
TIPO SERVICIOS		Administrativo				RESERVA DE GLOSA 2%				0					
VALOR MES		3,001,000				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:								12,004,000							
VALOR EJECUTADO:								6,002,000							
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:								3,001,000							
TOTAL HORAS CONTRATADAS:								0							
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:															
VALOR A LIBERAR:								0							
SALDO POR EJECUTAR:								6,002,000							
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:								50.00 %							
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									
9500267939	218,900	280,200	3	42,700	0	541,800									
	0	0		0	0										
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,

Andrea Blanco Mejía

BLANCO MEJÍA ANDREA LUCIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

BULLA ABRIL BRANDON 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.