

	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:		ARIAS ORTIZ DIANA CENAIDA										430547			
TIPO DE DOCUMENTO:		Cedula				No.		53155657							
CORREO		3118091240				CELULAR		ariasdiana857@gmail.com							
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				SIN CUENTA					
NUMERO CUENTA BANCARIA		0													
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS															
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		1119-2026				N° DE PAGOS DEL CONTRATO									
NÚMERO DE CDP: 1		164		FECHA		22/01/2026		NÚMERO DE CRP: 1		12379		FECHA		10/02/2026	
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:								2,731,608							
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:								2,731,608							
TOTAL HORAS CONTRATADAS:								186							
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:								198							
VALOR A LIBERAR:								0							
SALDO POR EJECUTAR:								7,532,616							
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:								26.61 %							
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									
9498680967	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:

DIANA ARIAS ORTIZ

ARIAS ORTIZ DIANA CENAIDA

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.