

	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:		ORTIZ HUERTAS DAISY ELIZABETH										433355			
TIPO DE DOCUMENTO:		Cedula				No.		52705343							
CORREO		daisyortizh@hotmail.com				CELULAR		3115371934							
PROCESO:		Laboratorio Clinico													
SERVICIO:		Laboratorio Clinico				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		8				TIPO CUENTA				AHORROS					
NUMERO CUENTA BANCARIA		4312019583													
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS															
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		0720-2026				N° DE PAGOS DEL CONTRATO									
NÚMERO DE CDP: 1		164		FECHA		22/01/2026		NÚMERO DE CRP: 1		11146		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		Asistencial				RESERVA DE GLOSA 2%				0					
VALOR MES		3,789,006				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:								15,156,024							
VALOR EJECUTADO:								11,367,018							
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:								3,789,006							
TOTAL HORAS CONTRATADAS:								186							
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:								186							
VALOR A LIBERAR:								0							
SALDO POR EJECUTAR:								3,789,006							
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:								75.00 %							
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									
6006885802	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,

Janeth Mireya Valbuena Muñoz

JANETH MIREYA VALBUENA MUÑOZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Daisy E Ortiz Huertas

ORTIZ HUERTAS DAISY ELIZABETH
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.