

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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	

NOMBRE DEL CONTRATISTA: RODRIGUEZ LOZANO JOSE AGUSTIN														167717	
TIPO DE DOCUMENTO:		Cedula				No.		80112303							
CORREO		joseagustin3108@hotmail.				CELULAR		3002391008							
PROCESO:		Ambulancias y/o Secundarios													
SERVICIO:		Ambulancias y/o				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		12				TIPO CUENTA		SIN CUENTA							
NUMERO CUENTA BANCARIA 0															
NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 9420-2021															
N° DE PAGOS DEL CONTRATO															
NUMERO DE CDP: 1		2129		FECHA		13/10/2021		NUMERO DE CRP: 1		59621		FECHA 15/10/2021			

OBJETO: CONDUCTOR DE AMBULANCIA APH											
PERIODO CERTIFICADO				DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
					01	11	2021		30	11	2021
TIPO SERVICIOS				Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%		0			
VALOR MES		2,089,152		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.											

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	8,356,608
VALOR EJECUTADO:	4,178,304
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,089,152
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	248
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	248
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	4,178,304
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	50.00 %

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
8353971269	113,600	145,400	5	0	0	259,000
	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,

Firmado según planilla CERTIFICADO DE PAGO DE ORDENES DE
PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD del periodo Noviembre
2021

IVAN DARIO OCHOA PELAEZ

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:



RODRIGUEZ LOZANO JOSE AGUSTIN

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.