		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.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E				VERSIÓN: 5	
						PÁGINA: 1 DE 1	
						FECHA: 16/02/2018	

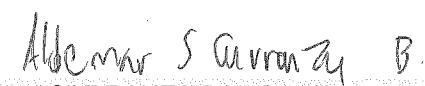
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA: CARRANZA BARON ALDEMAR STEVEN											290052	
TIPO DE DOCUMENTO:		Cedula			No.		1020783722					
CORREO		ascb25@hotmail.com			CELULAR		3012297064					
PROCESO:		GESTION DEL RIESGO - PIL										
SERVICIO:		GESTION DEL RIESGO - PIL			UNIDAD:		Ferias					
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: 5792-2023				N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1553	FECHA	26/06/2023	NÚMERO DE CRP: 1	33586	FECHA	08/07/2023
NÚMERO DE CDP: 2	1740	FECHA	26/07/2023	NÚMERO DE CRP: 2	39925	FECHA	01/08/2023
NÚMERO DE CDP: 3	1894	FECHA	24/08/2023	NÚMERO DE CRP: 3	40609	FECHA	24/08/2023
NÚMERO DE CDP: 4	1899	FECHA	28/08/2023	NÚMERO DE CRP: 4	41896	FECHA	28/08/2023
NÚMERO DE CDP: 5	2108	FECHA	18/10/2023	NÚMERO DE CRP: 5	49488	FECHA	18/10/2023
OBJETO: MEDICO GENERAL							
PERIODO CERTIFICADO			DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA
				01	10	2023	31
TIPO SERVICIOS		PIC	RESERVA DE GLOSA 2%		0		
VALOR MES	6,458,292	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:	25,306,379
VALOR EJECUTADO:	25,306,379
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	6,458,216
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	184
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	184
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	100.00 %
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
71546347	323,000
	0
VALOR AFP	413,400
	0
RIES	3
VALOR ARL	63,000
	0
VALOR CAJA	0
	0
TOTAL PLANILLA	799,400
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,


SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:


CARRANZA BARON ALDEMAR STEVEN
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.