



## CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO OPS

PROCESO: GESTION JURIDICA

CÓDIGO	JUR-FTO-01
VERSIÓN	3
VIGENCIA	19/03/2015

### INFORMACION DEL CONTRATO

No. ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS		CDP		VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	\$			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				IDENTIFICACIÓN:				
INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES		El contratista ha manifestado que no se encuentra en inhabilidad o incompatibilidad sobreviniente para contratar con el estado						
OBJETO:			FECHA DE INICIO CONTRATO			FECHA TERMINACION DEL CONTRATO		
			DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
SUBGERENCIA				Centro de Costo (área)				
VALOR ADICIONES		\$		Nº CDP -FECHA				
PRORROGAS				FECHA				
MODIFICACIONES:				FECHA				

### INFORMACION SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR TECNICO DEL CONTRATO		NOMBRE DEL SUPERVISOR ADMINISTRATIVO DEL CONTRATO	
CARGO		CARGO	

**CERTIFICACION O CONCEPTO DE LOS SUPERVISORES:** Los suscritos supervisores del contrato de prestación de servicios, certifican que el contratista en mención cumplió a satisfacción con las obligaciones y/o actividades contratadas y estipuladas en el objeto de contrato durante el periodo correspondiente. Lo anterior para efectos de pago.

### EJECUCION DEL CONTRATO

VALOR A CERTIFICAR EN EL PERIODO	\$	VALOR A DESCONTAR POR NOVEDADES DEL PERIODO:	\$
PERIODO A CERTIFICAR	DESDE ( XX /XX /XX)	CUENTA DE COBRO No.	<b>XXX</b>
	HASTA ( XX /XX /XXXX)	FECHA DE LA CUENTA DE COBRO	( XX /XX /XXXX)

ANEXO: CUENTA DE COBRO, COMPROBANTE DE PAGO DE SALUD Y ARL DEL MES DE XXXXXXX

EJECUCION ACUMULADA:	\$ XXXXX	SALDO POR EJECUTAR	\$ XXXXX
----------------------	----------	--------------------	----------

Evaluación a las actividades suscritas:

**Empresa Social del Estado Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha.**  
 PBX 7309230. [www.hospitalsoacha.com](http://www.hospitalsoacha.com) email: [-hsoacha@cundinamarca.gov.co](mailto:hsoacha@cundinamarca.gov.co)  
 Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-48.  
 Soacha –Cundinamarca

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Portal Interno Hospital Mario Gaitán Yanguas  
 Investigue antes de sacar copias de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada

**CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO OPS**

PROCESO: GESTION JURIDICA

CÓDIGO

JUR-FTO-01

VERSIÓN

3

VIGENCIA

19/03/2015

**CERTIFICACION O CONCEPTO DEL SUPERVISOR**

“Actividades especificas contratadas”

Relación de la ejecución de actividades

Se expide a los: xx días del mes de xxx de xxxx.**FIRMA CONTRATISTA**

XXX XXX XXXX XXXX  
NOMBRE DEL CONTRATISTA  
C.C. No. XXXXXX

**FIRMA SUPERVISOR TECNICO**

XXXXXXXXXX  
NOMBRE DEL SUPERVISOR  
C.C. No. XXXXXX

**FIRMA SUPERVISOR ADMINISTRATIVO**

XXXXXXXXXX  
NOMBRE DEL SUPERVISOR  
C.C. No. XXXXXX

Empresa Social del Estado Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha.  
PBX 7309230. [www.hospitalsoacha.com](http://www.hospitalsoacha.com) email: [-hsoacha@cundinamarca.gov.co](mailto:-hsoacha@cundinamarca.gov.co)  
Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-48.  
Soacha –Cundinamarca

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Portal Interno Hospital Mario Gaitán Yanguas  
Investigue antes de sacar copias de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada