

|                                                                                                                                                  |                                                                                                                             |  |                     |               |                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Sur Occidente E.S.E. | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE<br>PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR<br>TESORERÍA |  | Versión             | 1             |  SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD<br>SUR OCCIDENTE E.S.E. |
|                                                                                                                                                  |                                                                                                                             |  | Fecha de aprobación | 9/11/2018     |                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                  |                                                                                                                             |  | Código              | 15-02-FO-0002 |                                                                                                                                                    |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                 |  |                 |      |                            |   |                 |     |                 |            |                 |   |                 |   |
|---------------------------------------------|--|-----------------|------|----------------------------|---|-----------------|-----|-----------------|------------|-----------------|---|-----------------|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                     |  |                 |      | WILLIAM MONTENEGRO CAYCEDO |   |                 |     |                 |            |                 |   |                 |   |
| TIPO DE DOCUMENTO:                          |  |                 |      | C.C                        | X | C.E             | NO. |                 | 1016052218 |                 |   |                 |   |
| CORREO ELECTRONICO:                         |  |                 |      | wsmc1422@gmail.com         |   |                 |     | CELULAR:        |            | 3126589286      |   |                 |   |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: |  |                 |      |                            |   | FONTIBON-FO09   |     |                 |            |                 |   |                 |   |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                     |  |                 |      |                            |   | FO09            |     | SEDE:           |            | FONTIBON        |   |                 |   |
| CENTRO DE COSTOS:                           |  | Centro de costo | %    | Centro de costo            | % | Centro de costo | %   | Centro de costo | %          | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
|                                             |  | FO09k32         | 100% |                            |   |                 |     |                 |            |                 |   |                 |   |
| ENTIDAD FINANCIERA:                         |  | BANCOLOMBIA     |      |                            |   | TIPO DE CUENTA: |     | Ahorros         |            |                 |   |                 |   |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                   |  |                 |      | 048-204234-16              |   |                 |     |                 |            |                 |   |                 |   |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS |     |           |            |                          |       |        |            |
|--------------------------------------------------------------------------|-----|-----------|------------|--------------------------|-------|--------|------------|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                           |     | 4047-2021 |            | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |       | 4 de 4 |            |
| NÚMERO DE CDP                                                            | 626 | FECHA     | 29/04/2021 | NÚMERO DE CRP            | 27799 | FECHA  | 30/04/2021 |
|                                                                          |     |           |            |                          |       |        |            |

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETO DEL CONTRATO: | Prestar Servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de PIC, dentro de los<br>diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR<br>OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional - perfil de Psicologa. |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                             |       |     |                     |             |       |     |     |      |
|-----------------------------|-------|-----|---------------------|-------------|-------|-----|-----|------|
| PERIODO CERTIFICADO:        | DESDE | DIA | MES                 | AÑO         | HASTA | DIA | MES | AÑO  |
|                             |       | 1   | 5                   | 2021        |       | 31  | 5   | 2021 |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: |       |     |                     | \$3.627.684 |       |     |     |      |
| TIPO DE SERVICIOS           | PIC   |     | RESERVA DE GLOSA 2% |             |       | \$0 |     |      |

OBSERVACIONES: Ninguna

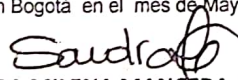
| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO       |              |
|-----------------------------------------|--------------|
| CONCEPTO                                | VALORES      |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | \$14.453.201 |
| VALOR EJECUTADO                         | \$14.453.201 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA            | \$3.627.684  |
| VALOR A LIBERAR                         | \$0          |
| SALDO POR EJECUTAR                      | \$0          |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                 | 100%         |

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

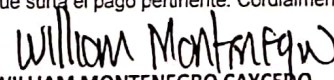
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.271.315 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

| Número de Planilla | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD<br>12.5% IBC | APORTE PENSION<br>16% IBC | NIVEL<br>ARL | APORTE<br>ARL | TOTAL APORTES |
|--------------------|-------------------|-----------------------------|---------------------------|--------------|---------------|---------------|
| 50567122           | \$1.474.088       | \$184.300                   | \$235.900                 | 3            | \$36.000      | \$456.200     |

Dado en Bogotá en el mes de Mayo del año Dos Mil Veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

  
SANDRA MILENA MANCERA GONZÁLEZ

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR.

  
WILLIAM MONTENEGRO CAYCEDO

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Escaneado con CamScanner

# CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **WILLIAM MONTENEGRO CAYCEDO**, identificada con **CC** número **1016052218**, aportó por el empleado **MONTENEGRO CAYCEDO WILLIAM** identificado(a) con **CC** número **1016052218** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 04 - 2021 de la siguiente forma.

| CODIGO | NOMBRE ADMINISTRADORA | COTIZANTE | I | N | T | T | T | V | S | L | V | V | I | Consistencia | días | IBC         | TARIFA APOORTE | COTIZACIÓN Y/O APOORTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | PERIODO              | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO         | EXONERADO |
|--------|-----------------------|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--------------|------|-------------|----------------|------------------------|-----------------|------------------|----------------------|--------------------|-----------------------|-----------|
| 14-11  | ARL SURA              |           |   |   |   |   |   | X |   |   |   |   |   | 0            | 30   | \$1,474,088 | 0.02435        | \$36,000               | \$0             | \$0              | 4/1/2021 12:00:00 AM | 50567122           | 5/11/2021 12:00:00 AM | NO        |
| 230301 | Porvenir              |           |   |   |   |   |   | X |   |   |   |   |   | 0            | 30   | \$1,474,088 | 0.16000        | \$235,900              | \$0             | \$0              | 4/1/2021 12:00:00 AM | 50567122           | 5/11/2021 12:00:00 AM | NO        |
| EPS005 | Sanitas EPS           |           |   |   |   |   |   | X |   |   |   |   |   | 0            | 30   | \$1,474,088 | 0.12500        | \$184,300              | \$0             | \$0              | 4/1/2021 12:00:00 AM | 50567122           | 5/11/2021 12:00:00 AM | NO        |

El presente certificado se expide a los **11** días del mes **Mayo** de **2021**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 05/2021

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

William Montenegro Caycedo

CC 1016052218 DE BOGOTÁ

La suma \$ 3.627.684 TRES MILLONES SEISCIENTOS VEINTISIETE MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CTE, por concepto de servicios como profesional en PSICOLOGÍA, PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2, durante el periodo de 01 A 31 de MAYO de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 4047 -2021

  
William Montenegro Caycedo

CC 1016052218 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

048-204234-16