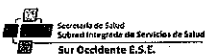


|                                                                                   |                                                                                                                              |                     |               |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b> | Versión             | 2             |  |
|                                                                                   |                                                                                                                              | Fecha de aprobación | 31/03/17      |                                                                                     |
|                                                                                   |                                                                                                                              | Código:             | 04-02-FO-0002 |                                                                                     |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                 |  |                 |     |                          |   |                 |     |                 |            |                 |   |                 |   |  |  |
|---------------------------------------------|--|-----------------|-----|--------------------------|---|-----------------|-----|-----------------|------------|-----------------|---|-----------------|---|--|--|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                     |  |                 |     | XIOMARA OROZCO MORALES   |   |                 |     |                 |            |                 |   |                 |   |  |  |
| TIPO DE DOCUMENTO:                          |  |                 |     | C.C                      | X | C.E             | NO. |                 | 53,006,002 |                 |   |                 |   |  |  |
| CORREO ELECTRONICO:                         |  |                 |     | xiomara53006@hotmail.com |   |                 |     | CELULAR:        |            | 3124462585      |   |                 |   |  |  |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: |  |                 |     |                          |   |                 |     |                 |            |                 |   |                 |   |  |  |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                     |  |                 |     | SERVICIOS GENERALES      |   |                 |     |                 |            | SEDE:           |   |                 |   |  |  |
| CENTRO DE COSTOS:                           |  | Centro de costo | %   | Centro de costo          | % | Centro de costo | %   | Centro de costo | %          | Centro de costo | % | Centro de costo | % |  |  |
|                                             |  | R01-SU37        | 100 |                          |   |                 |     |                 |            |                 |   |                 |   |  |  |
| ENTIDAD FINANCIERA:                         |  |                 |     | DAVIVIENDA               |   |                 |     | TIPO DE CUENTA: |            | Ahorros         |   |                 |   |  |  |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                   |  |                 |     | 1600093890               |   |                 |     | PENSIONADO      |            | No              |   |                 |   |  |  |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS |  |                |       |                     |               |     |       |                          |       |           |     |        |     |
|--------------------------------------------------------------------------|--|----------------|-------|---------------------|---------------|-----|-------|--------------------------|-------|-----------|-----|--------|-----|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                           |  |                |       | SO-3823-2019        |               |     |       | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |       |           |     | 1 DE 1 |     |
| NÚMERO DE CDP                                                            |  | 155            | FECHA | 17-ene-19           | NÚMERO DE CRP |     | 15462 | FECHA                    |       | 31-ene-19 |     |        |     |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                     |  |                |       | TECNICO II          |               |     |       |                          |       |           |     |        |     |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                     |  |                |       | DESDE               |               | DIA | MES   | AÑO                      | HASTA |           | DIA | MES    | AÑO |
|                                                                          |  |                |       |                     |               | 1   | 2     | 19                       |       |           | 28  | 2      | 19  |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                              |  |                |       | \$1,947,420         |               |     |       |                          |       |           |     |        |     |
| TIPO DE SERVICIOS                                                        |  | Administrativo |       | RESERVA DE GLOSA 2% |               |     |       |                          |       |           |     |        |     |

|                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| OBSERVACIONES: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| CONCEPTO                                |  | VALORES     |
|-----------------------------------------|--|-------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: |  | \$5,842,260 |
| VALOR EJECUTADO                         |  | \$1,947,420 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA            |  | \$1,947,420 |
| VALOR A LIBERAR                         |  | \$0         |
| SALDO POR EJECUTAR                      |  | \$3,894,840 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                 |  | 33%         |

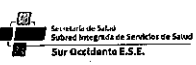
El Interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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 \$2.070.090, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

| Número de Planilla | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|--------------------|-------------------|--------------------------|--------------------|-----------|------------|---------------|
| 32880071           | \$ 828,116        | \$103,515                | \$132,499          | 3         | \$20,200   | \$256,213     |

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de Febrero del año Dos Mil Diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

|                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>CARLOS ALBERTO FONSECA SAMACA</b><br>NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR: | <br><b>XIOMARA OROZCO MORALES</b><br>NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                   |                                                                    |                     |               |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b> | Versión             | 2             |  |
|                                                                                   |                                                                    | Fecha de aprobación | 03/04/17      |                                                                                     |
|                                                                                   |                                                                    | Código:             | 04-02-FO-0003 |                                                                                     |

|                         |                                                                |                              |                |            |     |   |     |        |     |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------|------------|-----|---|-----|--------|-----|
| Ubicación del Servicio: | <b>OFICINA APOYO ADMINISTRATIVO (TRANSPORTE Y REFRIGERIOS)</b> |                              | Sede: ASDINCGO |            |     |   |     |        |     |
| No. DE CONTRATO:        | 3829 - 2019                                                    | Periodo certificado desde el | Día            | Mes        | Año | a | Día | Mes    | Año |
|                         |                                                                |                              | 1              | 2          | 19  |   | 28  | 2      | 19  |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | <b>XIOMARA OROZCO MORALES</b>                                  |                              | C. C.          | 53,006,002 |     |   | DE  | BOGOTÁ |     |

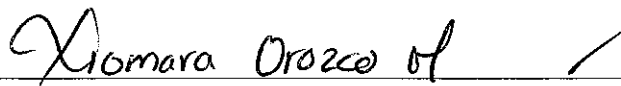
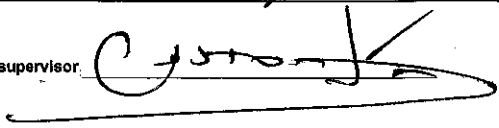
**OBJETO DEL CONTRATO:** El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como **TECNICO II** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ☐ NO ☐ Servicios: SI ☒ NO ☐

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES                                                                                                                                                                                                                                             | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                          | PRODUCTOS ENTREGADOS                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Coordinar el servicio del transporte requerido por las diferentes áreas de la Subred atendiendo de manera oportuna los requerimientos, así como la elaboración de informes sobre el comportamiento de los mismos, buscando la eficiencia en el uso de los recursos. | 100%       | Se realizó con calidad y oportunidad                                                                            | Planillas, Cronograma de Turnos                                                                                                             |
| 2. Apoyar el seguimiento de los contratos de transporte, combustible y mantenimiento de los vehículos de propiedad de la Subred en cumplimiento de las actividades programadas.                                                                                        | 100%       | Informe según requerimiento.                                                                                    | Informe Mensual                                                                                                                             |
| 3. Atender las solicitudes de las diferentes áreas de la Subred y realizar la programación para la entrega de refrigerios. Realizar seguimiento y garantizar la entrega oportuna en cada evento.                                                                       | 100%       | Se hizo retiro y entrega oportuna de todos los elementos e insumos autorizados por la Dirección Administrativa. | Se cumplió con requerimientos de capacitaciones, diplomados, Gerencia, PIC, Pablo VI, Kennedy, Servicios Generales, y diferentes proyector. |
| 4. Realizar la respectiva elaboración de los informes que sean requeridos por el área.                                                                                                                                                                                 | 100%       | Informe según requerimiento.                                                                                    | Informe Mensual                                                                                                                             |

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): UN MILLON NOVECIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS VEINTE PESOS M / L. (\$1.947.420,00) ✓

|                                                                                                                                      |                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>XIOMARA OROZCO MORALES C.C. 53.006.002</b> | Firma de recibido supervisor:  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                       |        |              |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-----------------------|--------|--------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE      |        | DIRECCIÓN    | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 53006002          | XIMENA ORCZCO MORALES |        | c/74 n 4- 29 | 4600447            | ximenaor5300@hotmail.com            |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL       | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | 1 - Independiente |                       |        | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ D.C.        |                                     |
|                     |                   |                       |        |              |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                       |        |              |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                    |               |                           |                 |               |     |
|----------------------|------------------------------------|---------------|---------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                  |               |                           |                 | EMPLEADOS     | UPC |
| 2019-01              | 2019-01                            | I             | 06/02/2019                | 32880071        | 1             | 0   |
|                      |                                    |               |                           |                 | TOTAL A PAGAR |     |
|                      |                                    |               |                           |                 | \$273 500     |     |

**TOTALES POR SUBSISTEMAS**

| TOTALES SALUD |               |             |                        |
|---------------|---------------|-------------|------------------------|
| Código EPS    | Nombre        | NIT         | Colización Obligatoria |
| EPS008        | Compensar EPS | 860066942-7 | 103.600                |

| TOTALES SALUD |               |             |                          |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |         | No. Afiliados | Total a Pagar |
|---------------|---------------|-------------|--------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre        | NIT         | Colaboración Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC |         |               |               |
|               |               |             |                          |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |         |               |               |
| EPS00R        | Compañías EPS | 860086942-7 | 103.800                  | 0             | 0                | 0     | 0                   | 0     | 2         | 200                   | 0              | 103.800 | 1             |               |

**TOTALES PENSIÓN.**

| TOTALES PENSION |           |              |                        |                            |                             |                          |                         |                      |                |               |               |
|-----------------|-----------|--------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|-------------------------|----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre    | NT           | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Substancia | Días Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 231001          | Colfondos | 8002279-40-6 | 132.500                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                       | 2                    | 200            | 132.700       | 1             |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |
|---------------------------|----------|-------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         |
| 14-11                     | ARL SURA | 800903790-5 |
|                           |          | 20.200      |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |             |                  |       |               |            |      |            |          |               |                     |             |               |               |
|---------------------------|----------|-------------|-------------|------------------|-------|---------------|------------|------|------------|----------|---------------|---------------------|-------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización  | Incapacidades    |       | Aportes Otros | Valor Neto | Días | Valor Mora | Subtotal | No. Radicado  | Valor Saldo a Favor | Fondo       | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |          |             | Obligatoria | No. Autorización | Valor | Sistemas      | Cotización | Mora | Cotización |          | Saldo a Favor |                     | Solidaridad |               |               |
| 44-14                     | ARL SUPA | 940003700-5 | 20.710      |                  |       |               | 20.210     | 2    | 100        | 20.300   |               |                     | 202         | 20.300        | 1             |

**TOTALES CAJAS**

| TOTALES CAJAS |                |             |              |           |                   |               |               |
|---------------|----------------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre         | NIT         | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF24         | Compensar Caja | 890066942-7 | 16.600       | 2         | 100               | 16.700        | 1             |

**TOTAL ES PARA FISCALES**

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |   | No. Afiliados |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar |   |               |
| SENA                 |           |                   |               |   |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0 | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |   |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0 | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |   |               |
|                      |           |                   |               |   |               |
| MEN                  |           |                   |               |   |               |
|                      |           |                   |               |   |               |

**TOTAL ES POR SUBSISTEMA**

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                    |  | Valor antes de IGE, LMA,<br>IR y Mora | Total a Pagar |
|------------------------|------------------------------------|--|---------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras<br>Reparadoras |  |                                       |               |
| Salud                  | 1                                  |  | 103.900                               | 103.900       |
| Periton                | 1                                  |  | 132.500                               | 132.700       |
| Bancos Laborales       | 4                                  |  | 20.200                                | 20.300        |
| CCF                    | 1                                  |  | 16.600                                | 16.700        |
| ESAP                   | 0                                  |  | 0                                     | 0             |
| ICBF                   | 0                                  |  | 0                                     | 0             |
| MEN                    | 0                                  |  | 0                                     | 0             |
| SENA                   | 0                                  |  | 0                                     | 0             |
| TOTALES                | 4                                  |  | 272.900                               | 273.600       |

Domera 00220  
cc 53.006.002

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

| DATOS DEL APORTANTE |                  |                          |                                      |
|---------------------|------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO           | NOMBRE APORTANTE         | DIRECCIÓN                            |
| CC                  | 53080002         | XIOMARA ORCZO MORALES    | c/74 n 44- 28                        |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE  | NOMBRE SUCURSAL          | CÓDIGO                               |
| ÚNICA               | 1- Independiente |                          |                                      |
|                     |                  | DEPARTAMENTO             | CIUDAD / MUNICIPIO                   |
|                     |                  | BOGOTÁ D. C.             | BOGOTÁ D. C.                         |
|                     |                  | CORREO                   | EXONERADO PAGO PARAFISCIALES Y SALUD |
|                     |                  | xiomara53006@hotmail.com | ND                                   |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|
| PLANILLA ASIGNADA    | FECHA PAGO ASIGNADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA   | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) |
|                      |                                   |                 |                          |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD EMPLEADOS       |
| 2019-01              | 2019-01                           | 32980071        | 1                        |
|                      |                                   |                 | TOTAL A PAGAR            |
|                      |                                   |                 | \$273.500                |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       | INFORMACIÓN NOVEDADES |              |          |            |                       |                      |                                 |                              |          |                       | PENSION  |          |            |            |          | SALUD      |                          | RIESGOS LABORALES |             |             | CCF        |   |  | PARAFISCALES |  |  |  |  |
|-----------------------|------|-----------------------|-----------------------|--------------|----------|------------|-----------------------|----------------------|---------------------------------|------------------------------|----------|-----------------------|----------|----------|------------|------------|----------|------------|--------------------------|-------------------|-------------|-------------|------------|---|--|--------------|--|--|--|--|
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres   | Contratación | Cód. AFP | Cotización | Voluntario o Afiliado | Voluntario solidario | Fondo preescolar de solidaridad | Fondo parafiscal de subsidio | Cód. EPS | Cotización/ Valor UPC | Cód. ARL | IBIC ARL | Cotización | Código CCF | IBIC CCF | Aporte CCF | IBIC sobre parafiscación | Aporte SENA       | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |  |              |  |  |  |  |
| 1                     | CC   | 53080002              | ORCZO MORALES XIOMARA |              | 237601   | 688.116    | 0                     | 0                    | 0                               | 0                            | EP5008   | 828.116               | 14-11    | 828.116  | 3          | 20.200     | CCF24    | 828.116    | 16.500                   | 0                 | 0           | 0           | 0          | 0 |  |              |  |  |  |  |

PAGA DADA