

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                               |                                |                        |                     |              |               |                            |                                                                                     |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------|--------------------------------|------------------------|---------------------|--------------|---------------|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----|
|                                                                                                                                                                              |                      |                               |                                |                        | Versión             |              | 3             |                            |  |    |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                      |                               |                                |                        | Fecha de aprobación |              | 2/15/2018     |                            |                                                                                     |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                               |                                |                        | Código:             |              | 04-02-FO-0002 |                            |                                                                                     |    |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                               |                                |                        |                     |              |               |                            |                                                                                     |    |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                               | CARLOS FELIPE TRIANA VELÁSQUEZ |                        |                     |              |               |                            |                                                                                     |    |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                               | C.C                            | X                      | C.E                 | No.          |               | 79749429                   |                                                                                     |    |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                               | bahia1978@hotmail.com          |                        |                     |              | CELULAR:      |                            | 4508082                                                                             |    |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                      |                               |                                |                        |                     | SUBRED       |               |                            |                                                                                     |    |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                               | ESPACIO EDUCATIVO PIC FONTIBON |                        |                     |              | SEDE:         |                            | SUBRED                                                                              |    |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo      | %                             |                                |                        |                     |              |               |                            |                                                                                     |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | FO09K29              | 100                           |                                |                        |                     |              |               |                            |                                                                                     |    |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          | BANCO DAVIVIENDA S.A |                               |                                |                        | TIPO DE CUENTA:     |              |               | AHORRO                     |                                                                                     |    |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                               | 570005870136958                |                        |                     |              |               | PENSIONADO                 |                                                                                     | NO |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                      |                               |                                |                        |                     |              |               |                            |                                                                                     |    |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                      | 360                           |                                |                        |                     | VIGENCIA     |               |                            | 2022                                                                                |    |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1387                 | FECHA                         | 2022-07-14<br>17:55:26.000     |                        | NÚMERO DE CRP       | 26061        | FECHA         | 2022-07-19<br>00:00:00.000 |                                                                                     |    |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                      | PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL |                                |                        |                     |              |               |                            |                                                                                     |    |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                      |                               | DESDE                          | FECHA INICIAL          |                     | HASTA        | FECHA FINAL   |                            |                                                                                     |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                               |                                | 2022-04-01             |                     |              | 2022-04-30    |                            |                                                                                     |    |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                               |                                |                        |                     | \$3,627,684  |               |                            |                                                                                     |    |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |                      | PIC                           |                                | RESERVA DE GLOSA 0%    |                     |              |               | N/A                        |                                                                                     |    |
| 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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                            |                      |                               |                                |                        |                     |              |               |                            |                                                                                     |    |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                      |                               |                                |                        |                     | VALORES      |               |                            |                                                                                     |    |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                      |                               |                                |                        |                     | \$10,883,052 |               |                            |                                                                                     |    |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                               |                                |                        |                     | \$10,883,052 |               |                            |                                                                                     |    |
| 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 \$2.194,507 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% IBC |                     | NIVEL ARL    | APORTE ARL    | TOTAL APORTES              |                                                                                     |    |
| 8357734587                                                                                                                                                                                                                                                   | \$1,451,074          | \$181,384                     |                                | \$232,172              |                     | 3            | \$35,348      | \$448,904                  |                                                                                     |    |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2022. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                               |                      |                               |                                |                        |                     |              |               |                            |                                                                                     |    |
| <p>Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p> <p>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br/>Copyright © 2021</p>     |                      |                               |                                |                        |                     |              |               |                            |                                                                                     |    |