

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                                             |                            |                                |                                  |              |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                      |                                             |                            |                                | Versión<br>3                     |              |  |            |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                      |                                             |                            |                                | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |              |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                                             |                            |                                | Código:<br>04-02-FO-0002         |              |                                                                                     |            |
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                           |                      |                                             |                            |                                |                                  |              |                                                                                     |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                                             |                            | LAURA RUBIO                    |                                  |              |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                                             |                            | C.C                            | X                                | C.E          | No.                                                                                 | 1030663290 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                                             |                            | lrubiorivillas@gmail.com       |                                  |              | CELULAR:                                                                            | 3222705166 |
| 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                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                                             | 488423070660               |                                |                                  |              | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                              |                      |                                             |                            |                                |                                  |              |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                      | 357                                         |                            |                                | VIGENCIA                         |              | 2022                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1387                 | FECHA                                       | 2022-07-14<br>17:55:26.000 | NÚMERO DE CRP                  | 26058                            | FECHA        | 2022-07-19<br>00:00:00.000                                                          |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                      | PROFESIONAL EN ENFERMERIA - LIDER OPERATIVO |                            |                                |                                  |              |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                      |                                             | DESDE                      | FECHA INICIAL                  |                                  | HASTA        | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                                             |                            | 2022-04-01                     |                                  |              | 2022-04-30                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                                             |                            | \$4,185,725                    |                                  |              |                                                                                     |            |
| 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. |                      |                                             |                            |                                |                                  |              |                                                                                     |            |
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                     |                      |                                             |                            |                                |                                  |              |                                                                                     |            |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                      |                                             |                            |                                |                                  | VALORES      |                                                                                     |            |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                      |                                             |                            |                                |                                  | \$12,557,175 |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                                             |                            |                                |                                  | \$12,557,175 |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                                             |                            |                                |                                  | \$4,185,725  |                                                                                     |            |
| 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                                                                       |            |
| 9433205332                                                                                                                                                                                                                                                   | \$1,674,290          | \$209,286                                   |                            | \$267,886                      | 3                                | \$40,786     | \$517,958                                                                           |            |
| 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>     |                      |                                             |                            |                                |                                  |              |                                                                                     |            |