

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                 |                        |                                  |            |                                                                                     |                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------|---------------------------------|------------------------|----------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
|                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                 |                        | 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         |            |                                                                                     |                         |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                          |                                 |                        |                                  |            |                                                                                     |                         |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                          | Luis Fernando Avila Velandia    |                        |                                  |            |                                                                                     |                         |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                          | C.C                             | X                      | C.E                              | No.        |                                                                                     | 79460625                |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                          | luferavi9@hotmail.com           |                        |                                  | CELULAR:   |                                                                                     | 3102398822              |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                      |                          |                                 |                        | SUBRED                           |            |                                                                                     |                         |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                          | MEDICINA GENERAL 26 ALCALA MUZU |                        |                                  | SEDE:      |                                                                                     | SUBRED                  |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo      | %                        |                                 |                        |                                  |            |                                                                                     |                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | SU42A10              | 100                      |                                 |                        |                                  |            |                                                                                     |                         |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          | BANCO DAVIVIENDA S.A |                          |                                 |                        | TIPO DE CUENTA:                  |            | AHORRO                                                                              |                         |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                          | 7700316396                      |                        |                                  |            | PENSIONADO                                                                          | NO                      |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                      |                          |                                 |                        |                                  |            |                                                                                     |                         |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                      | 4431                     |                                 |                        | VIGENCIA                         |            | 2022                                                                                |                         |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1638                 | FECHA                    | 2022-08-24 08:46:57.000         |                        | NÚMERO DE CRP                    | 32376      | FECHA                                                                               | 2022-08-31 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                      | MEDICO GENERAL           |                                 |                        |                                  |            |                                                                                     |                         |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                      |                          | DESDE                           | FECHA INICIAL          |                                  | HASTA      | FECHA FINAL                                                                         |                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                 | 2022-08-01             |                                  |            | 2022-08-31                                                                          |                         |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                          |                                 |                        | \$2,888,580                      |            |                                                                                     |                         |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |                      | Asistencial              |                                 | 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:                                                                                                                                                                                                                      |                      |                          |                                 |                        | \$20,220,060                     |            |                                                                                     |                         |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                 |                        | \$20,220,060                     |            |                                                                                     |                         |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                          |                                 |                        | \$2,888,580                      |            |                                                                                     |                         |
| 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                                                                       |                         |
| 7843999801                                                                                                                                                                                                                                                   | \$1,155,432          | \$144,429                |                                 | \$184,869              | 3                                | \$28,146   | \$357,444                                                                           |                         |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto de 2022. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                         |                      |                          |                                 |                        |                                  |            |                                                                                     |                         |
| Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.                                                                                                                                         |                      |                          |                                 |                        |                                  |            |                                                                                     |                         |
| Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                      |                          |                                 |                        |                                  |            |                                                                                     |                         |