

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                               |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------------|------------------------|----------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
|                                                                                                                                                                              |                      |                          |                               |                        | 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:                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                          | luz berenice herrera santos   |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                          | C.C                           | X                      | C.E                              | No.         |                                                                                     | 20475766                   |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                          | luz-herrerasantos@hotmail.com |                        |                                  | CELULAR:    |                                                                                     | 5676029                    |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                      |                          |                               |                        |                                  | SUBRED      |                                                                                     |                            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                          | PROGRAMAS Y ACCIONES BOSTON   |                        |                                  | SEDE:       |                                                                                     | SUBRED                     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo      | %                        |                               |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | FO02K26              | 100                      |                               |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          | BANCO DAVIVIENDA S.A |                          |                               |                        | TIPO DE CUENTA:                  |             | AHORRO                                                                              |                            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                          | 4870336478                    |                        |                                  |             | PENSIONADO                                                                          | NO                         |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                      |                          |                               |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                      | 596                      |                               |                        | VIGENCIA                         |             | 2022                                                                                |                            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1543                 | FECHA                    | 2022-08-12<br>15:42:47.000    |                        | NÚMERO DE CRP                    | 29036       | FECHA                                                                               | 2022-08-15<br>00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                      | AUXILIAR DE ENFERMERIA   |                               |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                      | DESDE                    | FECHA INICIAL                 |                        | HASTA                            | FECHA FINAL |                                                                                     |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          | 2022-08-01                    |                        |                                  | 2022-08-31  |                                                                                     |                            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                          |                               |                        | \$2,299,415                      |             |                                                                                     |                            |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                      |                          |                               |                        | \$16,396,512                     |             |                                                                                     |                            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                               |                        | \$15,783,363                     |             |                                                                                     |                            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                          |                               |                        | \$2,299,415                      |             |                                                                                     |                            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                               |                        | \$0                              |             |                                                                                     |                            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                          |                               |                        | \$613,149                        |             |                                                                                     |                            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                          |                               |                        | 96%                              |             |                                                                                     |                            |
| 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                                                                       |                            |
| 8360729172                                                                                                                                                                                                                                                   | \$919,766            | \$114,971                |                               | \$147,163              | 3                                | \$22,405    | \$284,539                                                                           |                            |
| 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                                                                                                                                         |                      |                          |                               |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |