

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                          |                                      |                        |                                  |             |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------------------------|------------------------|----------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                     |                          |                                      |                        | 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:                                                                                                                                                                                                                                      |                     |                          | Lenys Edith Corredor                 |                        |                                  |             |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                     |                          | C.C                                  | X                      | C.E                              | No.         |                                                                                     | 1022355774 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                     |                          | emmaisa1009@gmail.com                |                        |                                  | CELULAR:    |                                                                                     | 3212764483 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                     |                          |                                      |                        |                                  | SUBRED      |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                     |                          | CIRUGIA GENERAL OCCIDENTE DE KENNEDY |                        |                                  | SEDE:       |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo     | %                        |                                      |                        |                                  |             |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | KE10117             | 100                      |                                      |                        |                                  |             |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          | BANCO FALABELLA S A |                          |                                      |                        | TIPO DE CUENTA:                  |             | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                          | 111200332055                         |                        |                                  |             | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                     |                          |                                      |                        |                                  |             |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                     | 7555                     |                                      |                        | VIGENCIA                         |             | 2022                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1844                | FECHA                    | 2022-09-26<br>15:42:32.000           | NÚMERO DE CRP          | 36641                            | FECHA       | 2022-09-30<br>00:00:00.000                                                          |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                     | AUXILIAR DE ENFERMERIA   |                                      |                        |                                  |             |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                     |                          | DESDE                                | FECHA INICIAL          |                                  | HASTA       | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                          |                                      | 2022-09-01             |                                  |             | 2022-09-30                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                     |                          |                                      | \$1,754,910            |                                  |             |                                                                                     |            |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                     |                          |                                      |                        |                                  | \$6,317,676 |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                          |                                      |                        |                                  | \$4,562,766 |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                          |                                      |                        |                                  | \$1,754,910 |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                          |                                      |                        |                                  | \$0         |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                     |                          |                                      |                        |                                  | \$1,754,910 |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                     |                          |                                      |                        |                                  | 72%         |                                                                                     |            |
| El intervisor 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                                                                       |            |
| 57588194                                                                                                                                                                                                                                                     | \$908,526           | \$113,566                |                                      | \$145,364              | 3                                | \$22,132    | \$281,062                                                                           |            |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre 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                                                                                                                                         |                     |                          |                                      |                        |                                  |             |                                                                                     |            |