

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                               |                         |                                           |               |                     |               |                         |            |                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------|-------------------------|-------------------------------------------|---------------|---------------------|---------------|-------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                               |                         |                                           |               | 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:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                               |                         | GUSTAVO ADOLFO PARRA RODRIGUEZ            |               |                     |               |                         |            |                                                                                     |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                               |                         | C.C                                       | X             | C.E                 | No.           |                         | 722629     |                                                                                     |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                               |                         | ghustv@hotmail.com                        |               |                     | CELULAR:      |                         | 3195636581 |                                                                                     |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                               |                         |                                           |               | SUBRED              |               |                         |            |                                                                                     |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                               |                         | URGENCIAS PEDIÁTRICAS PATIO BONITO TINTAL |               |                     | SEDE:         |                         | SUBRED     |                                                                                     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                             | Centro de costo         | %                                         |               |                     |               |                         |            |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | KE11B05           | 70                            | KE11I05                 | 30                                        |               |                     |               |                         |            |                                                                                     |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO DAVIVIENDA S.A          |                         |                                           |               | TIPO DE CUENTA:     |               | AHORRO                  |            |                                                                                     |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                               |                         | 4670189200                                |               |                     |               | PENSIONADO              |            | NO                                                                                  |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                               |                         |                                           |               |                     |               |                         |            |                                                                                     |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 3358                          |                         |                                           |               | VIGENCIA            |               | 2022                    |            |                                                                                     |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 2299              | FECHA                         | 2022-11-30 17:33:57.000 |                                           | NÚMERO DE CRP | 49945               | FECHA         | 2022-11-30 17:59:57.000 |            |                                                                                     |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | MEDICO ESPECIALISTA- PEDIATRA |                         |                                           |               |                     |               |                         |            |                                                                                     |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                               | DESDE                   |                                           | FECHA INICIAL |                     | HASTA         | FECHA FINAL             |            |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                               |                         |                                           | 2022-11-01    |                     |               | 2022-11-30              |            |                                                                                     |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                               |                         |                                           | \$17,669,820  |                     |               |                         |            |                                                                                     |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                               |                         |                                           |               |                     | \$172,659,384 |                         |            |                                                                                     |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                               |                         |                                           |               |                     | \$168,620,568 |                         |            |                                                                                     |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                               |                         |                                           |               |                     | \$17,669,820  |                         |            |                                                                                     |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                               |                         |                                           |               |                     | \$0           |                         |            |                                                                                     |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                               |                         |                                           |               |                     | \$4,038,816   |                         |            |                                                                                     |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                               |                         |                                           |               |                     | 98%           |                         |            |                                                                                     |
| 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           |            |                                                                                     |
| 9441235325                                                                                                                                                                                                                                                   | \$7,067,928       | \$883,491                     |                         | \$1,130,868                               |               | 3                   | \$172,175     | \$2,186,534             |            |                                                                                     |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre 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..</p> <p>Copyright © 2021</p>  |                   |                               |                         |                                           |               |                     |               |                         |            |                                                                                     |