

|                                                                                                                                                  |                                                                                                                              |                     |               |                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Sur Occidente E.S.E. | <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA</b> | Versión             | 3             |  ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|                                                                                                                                                  |                                                                                                                              | Fecha de aprobación | 15/02/2018    |                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                  |                                                                                                                              | Código:             | 04-02-FO-0002 |                                                                                                                   |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                 |  |                 |     |                             |   |                 |   |                 |   |                 |   |                 |   |
|---------------------------------------------|--|-----------------|-----|-----------------------------|---|-----------------|---|-----------------|---|-----------------|---|-----------------|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                     |  |                 |     | JOHN EDISSON HIDALGO CHACON |   |                 |   |                 |   |                 |   |                 |   |
| TIPO DE DOCUMENTO:                          |  |                 |     | C.C                         | X | C.E             |   | NO.             |   |                 |   | 1012338622      |   |
| CORREO ELECTRONICO:                         |  |                 |     | JOHNHIDAL 8817@HOTMAIL.COM  |   |                 |   | CELULAR:        |   |                 |   | 3114928026      |   |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: |  |                 |     |                             |   |                 |   |                 |   |                 |   |                 |   |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                     |  |                 |     | ASDINGCO                    |   |                 |   | SEDE:           |   |                 |   | Pablo VI        |   |
| CENTRO DE COSTOS:                           |  | Centro de costo | %   | Centro de costo             | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
|                                             |  | SU37 T08        | 100 |                             |   |                 |   |                 |   |                 |   |                 |   |
| ENTIDAD FINANCIERA:                         |  |                 |     | BANCOLOMBIA                 |   |                 |   | TIPO DE CUENTA: |   |                 |   | Ahorros         |   |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                   |  |                 |     | #04374319171                |   |                 |   | PENSIONADO      |   |                 |   | No              |   |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS |     |                                                                                                                                                                                                                                             |            |                          |       |        |            |
|--------------------------------------------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------------|-------|--------|------------|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                           |     | 1559                                                                                                                                                                                                                                        |            | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |       | 3 DE 3 |            |
| NÚMERO DE CDP                                                            | 155 | FECHA                                                                                                                                                                                                                                       | 17/01/2019 | NÚMERO DE CRP            | 13165 | FECHA  | 31/01/2019 |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                     |     | Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como TECNÓLOGO dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E., de acuerdo a las necesidades de la institución. |            |                          |       |        |            |

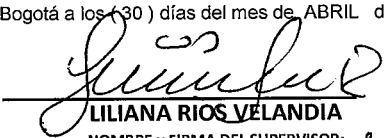
|                             |  |                |     |                     |      |       |     |     |      |
|-----------------------------|--|----------------|-----|---------------------|------|-------|-----|-----|------|
| PERIODO CERTIFICADO:        |  | DESDE          | DÍA | MES                 | AÑO  | HASTA | DÍA | MES | AÑO  |
|                             |  |                | 1   | 4                   | 2019 |       | 30  | 4   | 2019 |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: |  | \$2.537.714    |     |                     |      |       |     |     |      |
| TIPO DE SERVICIOS           |  | Administrativo |     | RESERVA DE GLOSA 2% |      |       |     |     |      |

|                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| OBSERVACIONES: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO       |             |
|-----------------------------------------|-------------|
| CONCEPTO                                | VALORES     |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | \$7.613.142 |
| VALOR EJECUTADO                         | \$7.613.142 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA            | \$2.537.714 |
| 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 <u>mínimo</u> valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.070.290, 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 | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|--------------------|-------------------|--------------------------|----------------|-----------|------------|---------------|
| 34285241           | \$1.015.086,00    | \$127.600                | \$163.400      | 3         | \$25.000   | \$316.000     |

|                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dado en Bogotá a los (30) días del mes de ABRIL del año Dos Mil Diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,       |                                                                                                                                                              |
| <br><b>LILIANA RIOS VELANDIA</b><br>NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR: | <br><b>JOHN EDISSON HIDALGO CHACON</b><br>NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA |

| DATOS DEL APORTANTE   |                    |                                |                     |              |                            |    | EXPERIADO RASO<br>FARMACÉUTICO Y<br>SALUD |
|-----------------------|--------------------|--------------------------------|---------------------|--------------|----------------------------|----|-------------------------------------------|
| TIPO                  | NÚMERO             | NOMBRE APORTANTE               | DIRECCIÓN           | TÉLEFONO     | CORREO                     |    |                                           |
| CC                    | 1012338622         | JOHN EDISSON HIDALGO<br>CHACON | CL 42 F 72 I 38 SUR | 3024899      | johnhidal_8877@hotmail.com |    |                                           |
| FORMA<br>PRESENTACIÓN | CLASE<br>APORTANTE | NOMBRE<br>SUCURSAL             | CÓDIGO              | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO         |    |                                           |
| UNICA                 | I - Independiente  |                                |                     | BOGOTÁ D.C.  | BOGOTÁ D.C.                | NO |                                           |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |                       |     |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD              |     |
|                      |                                   |               |                          |                 | 45342028<br>EMPLEADOS | UPC |
|                      |                                   |               | 2019/04/12               |                 | 1                     | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR         |     |
| 2019-03              | 2019-03                           | 1             | 12/04/2019               | 34285241        | \$316.000             |     |

**TOTALES POR SUBSISTEMAS**

| TOTALES SALUD |               |            |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|---------------|------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre        | NIT        | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |               |            |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS008        | Compensar EPS | 88006694-2 | 126.800                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 7         | 700                   | 0              | 127.600       | 1             |

**TOTALS PENSIÓN**

| TOTAL ES PENSION |              |              |                        |                            |                             |                          |                           |                      |                |               |               |   |
|------------------|--------------|--------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|----------------------|----------------|---------------|---------------|---|
| Código AFP       | Nombre       | NIT          | Colización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora Colización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |   |
| 25-14            | Colpensiones | 9900358004-7 | 162.500                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 7                    | 900            | 0             | 163.400       | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| TOTALES RIESGOS LABORALES |           |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|-----------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre    | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |           |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-11                     | ARL SURSA | 890903730-5 | 24.800                 |                  |       |                        | 24.800                | 7         | 200                   | 25.000              |                            |                     | 248               | 25.000        | 1             |

**TOTALES CAJAS**

| TOTALES CALIAS |        |     |              |           |                   |               |
|----------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|
| Código CCF     | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar |
|                |        |     |              |           |                   |               |

**TOTALES PARAFISCALES**

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, RRF y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 128,900                             | 127,800       |
| Pensión                | 1                              | 162,500                             | 163,400       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 24,800                              | 25,000        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 314,200                             | 316,000       |

**Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información**