

|                                                                                                                                                                         |                                                                                                                              |                     |               |                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  Secretaría de Salud<br>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             | 1             |  ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.<br>Sur Occidente E.S.E. |
|                                                                                                                                                                         |                                                                                                                              | Fecha de aprobación | 09/11/2016    |                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                         |                                                                                                                              | Código:             | 15-02-FO-0002 |                                                                                                                                           |

|                                             |  |                 |      |                              |                                     |                 |   |                 |   |                 |   |
|---------------------------------------------|--|-----------------|------|------------------------------|-------------------------------------|-----------------|---|-----------------|---|-----------------|---|
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>          |  |                 |      |                              |                                     |                 |   |                 |   |                 |   |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                     |  |                 |      | DIANA CAROLINA FRANCO PULIDO |                                     |                 |   |                 |   |                 |   |
| TIPO DE DOCUMENTO:                          |  |                 |      | C.C.                         | <input checked="" type="checkbox"/> | C.E.            |   | NO.             |   | 52814848        |   |
| CORREO ELECTRONICO:                         |  |                 |      | nanita.8326@hotmail.com      |                                     |                 |   | CELULAR:        |   | 3164975276      |   |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: |  |                 |      |                              |                                     |                 |   | FONTIBON - FO09 |   |                 |   |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                     |  |                 |      | VSP                          |                                     |                 |   | SEDE:           |   | Fontibon        |   |
| CENTRO DE COSTOS:                           |  | Centro de costo | %    | Centro de costo              | %                                   | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
|                                             |  | FO09K32         | 100% |                              |                                     |                 |   |                 |   |                 |   |
| ENTIDAD FINANCIERA:                         |  |                 |      | BANCOLOMBIA                  |                                     |                 |   | TIPO DE CUENTA: |   | Ahorros         |   |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                   |  |                 |      | 86922578941                  |                                     |                 |   | PENSIONADO      |   | NO              |   |

|                                                                                 |  |    |  |                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                          |  |                     |  |             |  |
|---------------------------------------------------------------------------------|--|----|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|--|---------------------|--|-------------|--|
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b> |  |    |  |                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                          |  |                     |  |             |  |
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                                  |  |    |  | 306 - 2020                                                                                                                                                                                                                                                    |  | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |  |                     |  | PAGO 1 DE 1 |  |
| NÚMERO DE CDP                                                                   |  | 30 |  | FECHA                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 08/01/2020               |  | NÚMERO DE CRP       |  | 12611       |  |
|                                                                                 |  |    |  | FECHA                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 31/01/2020               |  |                     |  |             |  |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                            |  |    |  | Prestar Servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencia en el área de PICO dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional. |  |                          |  |                     |  |             |  |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                            |  |    |  | DESDE                                                                                                                                                                                                                                                         |  | DIA                      |  | MES                 |  | AÑO         |  |
|                                                                                 |  |    |  |                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 1                        |  | 2                   |  | 2020        |  |
| HASTA                                                                           |  |    |  | DIA                                                                                                                                                                                                                                                           |  | MES                      |  | AÑO                 |  |             |  |
|                                                                                 |  |    |  |                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 29                       |  | 2                   |  | 2020        |  |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                     |  |    |  | \$3.254.894                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                          |  |                     |  |             |  |
| TIPO DE SERVICIOS                                                               |  |    |  | PICO                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                          |  | RESERVA DE GLOSA 2% |  |             |  |
|                                                                                 |  |    |  |                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                          |  | \$0                 |  |             |  |

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.

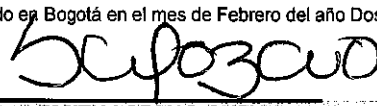
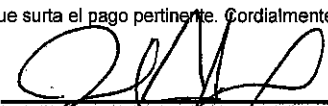
|                                          |             |
|------------------------------------------|-------------|
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b> |             |
| CONCEPTO                                 | VALORES     |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:  | \$3.254.894 |
| VALOR EJECUTADO                          | \$3.254.894 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA             | \$3.254.894 |
| 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 COTIZACIÓN | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|--------------------|-------------------|--------------------------|--------------------|-----------|------------|---------------|
| 40630587           | \$1.302.000       | \$162.800                | \$208.400          | 3         | \$31.800   | \$403.000     |

Dado en Bogotá en el mes de Febrero del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

|                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>SMITH LOZANO GUEVARA</b><br>NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR: | <br><b>DIANA CAROLINA FRANCO PULIDO</b><br>NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                |                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBSERVACIONES:                                                                                                                 |                                                                                                                                        |
| TOTAL A PAGAR (Número y letras): 3.254.894 TRES MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS. |                                                                                                                                        |
|  cc. 52814848                               | Fecha : día/mes/año Firma de recibido supervisor:  |
| NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:                                                                               |                                                                                                                                        |
| Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.    |                                                                                                                                        |

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): DIANA CAROLINA FRANCO PULIDO  
No. Identificación: CC52814848  
Dirección: CR 53 72 67  
Telefono: 3144589  
Correo: nanita.8326@hotmail.com  
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.  
Número de Planilla: 40630587

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

|                                 |                              |                               |               |
|---------------------------------|------------------------------|-------------------------------|---------------|
| Nombre Apellido                 | DIANA CAROLINA FRANCO PULIDO | Número de empleado            | 1             |
| Tipo y número de identificación | CC52814848                   | Período de cotización Salud   | enero de 2020 |
| Número de planilla              | 40630587                     | Período de cotización Pensión | enero de 2020 |
| Fecha de pago                   | 20-02-12                     | Número de cotizadores         |               |
| Número de autorización pago     | 147                          | Cotización                    | 406300        |
| Banco                           | 1083                         | Total de días de Mora         | 0             |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE    | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|-----------------------|-----------|--------------|---------------------|
| 14-11                 | Colfondo  | 31800        | 1                   |
| 231001                | Colfondos | 208400       | 1                   |
| EPS008                | Compensar | 162800       | 1                   |

TIPO DOC.: CC  
NO. DOCUMENTO: 52814848  
APELLIDOS Y NOMBRES: DIANA CAROLINA FRANCO PULIDO

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|----------|----------|-----------|-------------|-------------|-----------|------------------|-----------|--------------------|----------------------------------|--------------------|--------------|
| EPS008   | 231001   | 1302000   | 1302000     | 1302000     | 0         | 162800           | 0         | 208400             | 0                                | 31800              | 0            |