

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|--------------------------|-------------------------------|-----------------|---|-----------------|---|-----------------|---|-----------------|--------|-----------------|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | | APONTE VERGARA MARIA CONSUELO | | | | | | | | 389103 | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | Cedula | No. | 52635101 | | | | | | | | | |
| CORREO | consuyefisio@gmail.com | CELULAR | 3163951588 | | | | | | | | | |
| PROCESO: | GESTION DEL RIESGO - PIL | | | | | | | | | | | |
| SERVICIO: | GESTION DEL RIESGO - PIL | | UNIDAD: | | | | Chapinero | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | A00 | | | | | | | | | | | |
| BANCO | 12 | | | | TIPO CUENTA | | | | AHORROS | | | |
| NUMERO CUENTA BANCARIA | | 004870401629 | | | | | | | | | | |

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------|-------------|--------------|--------------------------|---------------------|-------|------------|-----|-----|------|--|--|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | | 3691-2025 | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | | | | | | |
| NÚMERO DE CDP: 1 | 472 | FECHA | 12/03/2025 | NÚMERO DE CRP: 1 | 17015 | FECHA | 18/03/2025 | | | | | |
| NÚMERO DE CDP: 2 | 530 | FECHA | 28/03/2025 | NÚMERO DE CRP: 2 | 18706 | FECHA | 31/03/2025 | | | | | |
| NÚMERO DE CDP: 3 | 732 | FECHA | 27/05/2025 | NÚMERO DE CRP: 3 | 27980 | FECHA | 31/05/2025 | | | | | |
| OBJETO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO - PROFESIONAL EN CIENCIAS DE LA SALUD O CIENCIAS SOCIALES O | | | | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO | | | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | |
| | | | | 01 | 06 | 2025 | | 30 | 06 | 2025 | | |
| TIPO SERVICIOS | | Asistencial | | | RESERVA DE GLOSA 2% | | | 0 | | | | |
| VALOR MES | 4,000,000 | | VALOR LETRAS | | | | | | | | | |

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 EJECUCION DEL CONTRATO

| CONCEPTO | VALORES |
|---|------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | 22,266,667 |
| VALOR EJECUTADO: | 13,717,391 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: | 4,000,000 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS: | 184 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES: | |
| VALOR A LIBERAR: | 0 |
| SALDO POR EJECUTAR: | 8,549,276 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN: | 61.61 % |

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 \$2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

| PLANILLA | VALOR EPS | VALOR AFP | RIES | VALOR ARL | VALOR CAJA | TOTAL PLANILLA |
|------------|-----------|-----------|------|-----------|------------|----------------|
| 9486124498 | 206,100 | 263,800 | 3 | 40,300 | 33,000 | 543,200 |
| | 0 | 0 | | 0 | 0 | |

El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,



LOZANO TORRES INGRID PAOLA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

APONTE VERGARA MARIA CONSUELO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA