


|   |   |                |                       |                   |
|---|---|----------------|-----------------------|-------------------|
|  | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U<br>ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS |                | CÓDIGO: AP-CT-F-16-05 |                   |
|   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE<br>E.S.E                           |                | VERSIÓN: 5            |                   |
|   |   | PÁGINA: 1 DE 1 |                       | FECHA: 16/02/2018 |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA |  |                          |   |                 |   |                 |   |                    |   |                 |   |                 |   |
|-----------------------------|--|--------------------------|---|-----------------|---|-----------------|---|--------------------|---|-----------------|---|-----------------|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:     |  | JEISSON MARIN URIBE LUIS |   |                 |   |                 |   |                    |   |                 |   | 436996          |   |
| TIPO DE DOCUMENTO:          |  | Cedula                   |   |                 |   | No.             |   | 1022382186         |   |                 |   |                 |   |
| CORREO                      |  | 3042854455               |   |                 |   | CELULAR         |   | ujeisson@gmail.com |   |                 |   |                 |   |
| PROCESO:                    |  | Otro                     |   |                 |   |                 |   |                    |   |                 |   |                 |   |
| SERVICIO:                   |  | Otro                     |   |                 |   | UNIDAD:         |   |                    |   | Fray            |   |                 |   |
| CENTRO DE COSTOS            |  | Centro de costo          | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo    | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
|                             |  | A00                      |   |                 |   |                 |   |                    |   |                 |   |                 |   |
| BANCO                       |  | 28                       |   |                 |   | TIPO CUENTA     |   |                    |   | SIN CUENTA      |   |                 |   |
| NUMERO CUENTA BANCARIA      |  | 0                        |   |                 |   |                 |   |                    |   |                 |   |                 |   |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS |  |     |  |       |           |            |  |                  |  |                          |  |       |  |            |  |
|--|--|-----|--|-------|-----------|------------|--|------------------|--|--------------------------|--|-------|--|------------|--|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                   |  |     |  |       | 0816-2026 |            |  |                  |  | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |  |       |  |            |  |
| NÚMERO DE CDP: 1   |  | 165 |  | FECHA |           | 22/01/2026 |  | NUMERO DE CRP: 1 |  | 11631                    |  | FECHA |  | 01/02/2026 |  |

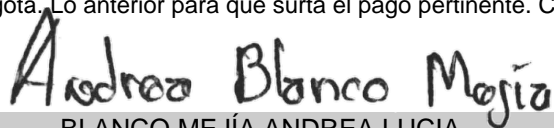
|  |  |                        |  |       |                     |     |      |       |     |     |      |
|--|--|------------------------|--|-------|---------------------|-----|------|-------|-----|-----|------|
| OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN  |  |                        |  |       |                     |     |      |       |     |     |      |
| PERIODO CERTIFICADO  |  |                        |  | DESDE | DIA                 | MES | AÑO  | HASTA | DIA | MES | AÑO  |
|  |  |                        |  |       | 01                  | 04  | 2026 |       | 30  | 04  | 2026 |
| TIPO SERVICIOS   |  | Administrativo         |  |       | RESERVA DE GLOSA 2% |     |      | 0     |     |     |      |
| VALOR MES  |  | 2,337,276 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: | 9,349,104 |
| VALOR EJECUTADO:                        | 7,011,828 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:           | 2,337,276 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS:                | 0         |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:     |           |
| VALOR A LIBERAR:                        | 0         |
| SALDO POR EJECUTAR:                     | 2,337,276 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:                | 75.00 %   |

| 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 |
| 74280107   | 218,900   | 280,200   | 3    | 42,700    | 35,100     | 576,900        |
|  | 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,



BLANCO MEJÍA ANDREA LUCIA  
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

JEISSON MARIN URIBE LUIS  
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.