

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|------------------------|-----------------------|-----------------|------------|-----------------|---|-----------------|---|-----------------|--------|-----------------|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | | SALAS ALMARALES KAREN | | | | | | | | 433224 | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | Cedula | No. | 1129570225 | | | | | | | | | |
| CORREO | KAREN_CRISTOVIVE1986@H | | CELULAR | 3043276771 | | | | | | | | |
| PROCESO: | Hospitalización | | | | | | | | | | | |
| SERVICIO: | Hospitalización | | UNIDAD: | Engativa | | | | | | | | |
| 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 | | 488413527232 | | | | | | | | | | |

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|-----|-----------|------------|--------------------------|-------|-------|------------|--|--|--|--|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | | 1175-2026 | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | | | | | |
| NÚMERO DE CDP: 1 | 164 | FECHA | 22/01/2026 | NUMERO DE CRP: 1 | 12053 | 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 | 03 | 2026 | | 31 | 03 | 2026 |

TIPO SERVICIOS Asistencial RESERVA DE GLOSA 2% 0

VALOR MES 2,566,056 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: | 10,264,224 |
| VALOR EJECUTADO: | 6,456,528 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: | 3,228,264 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS: | 186 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES: | 234 |
| VALOR A LIBERAR: | 0 |
| SALDO POR EJECUTAR: | 3,807,696 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN: | 62.90 % |

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 |
|------------|-----------|-----------|------|-----------|------------|----------------|
| 8640356362 | 218,900 | 280,200 | 3 | 42,700 | 0 | 541,800 |
| | 0 | 0 | | 0 | 0 | |

Certificado Hospital Engativá NP

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,


SANDOVAL CASTRO ANDREA

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

SALAS ALMARALES KAREN

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA