

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA

Verifica Fecha de Emisión: 08/11/2020  
Código: 15-22-25-0002

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

NOMBRE DEL CONTRATISTA: ANA AUDREY BARRERO RONCANCIO ✓

TIPO DE DOCUMENTO: C.C. X C.E. NO. 24594484

CORREO ELECTRONICO: anabarrero23@gmail.com CELULAR: 3203712288

UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: FO03

UBICACIÓN DEL SERVICIO: PIC SEDE: FONTEON

CENTRO DE COSTOS: Centro de costo % Centro de costo % Centro de costo %

FO09K32 100%

ENTIDAD FINANCIERA: Bancolombia TIPO DE CUENTA: Ahorros

NÚMERO DE CUENTA BANCARIA: 22306794870 PENSIONADO No

**INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 5398-2020 ✓ N° DE PAGOS DEL CONTRATO 3 de 3

NÚMERO DE CDP 1049 FECHA 22/07/2020 NÚMERO DE CRP 32433 FECHA 31/07/2020 ✓

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como auxiliar de Enfermería para procesos de Salud Pública para el Hospital de Fontibón E.S.E. o donde se requieran sus servicios conforme a los requerimientos realizados por el supervisor del contrato

PERIODO CERTIFICADO: DIA MES AÑO DIA MES AÑO

1 8 2020 31 8 2020

VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$2.197.015

TIPO DE SERVICIOS PIC RESERVA DE GILOSA 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.

ENTIDAD FINANCIERA:

| CONCEPTO                                | VALORES     |
|-----------------------------------------|-------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | \$4.686.965 |
| VALOR EJECUTADO                         | \$4.686.965 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA            | \$2.197.015 |
| 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% IBC | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|--------------------|-------------------|------------------------|------------------------|-----------|------------|---------------|
| 44439807           | 878.806           | 109.900                | 140.700                | 3         | 21.500     | 272.100       |

Dado en Bogotá, a los 15 días del mes de Agosto del año DOS MIL VEINTE (2020). Lo anterior para los fines pertinentes. Cordialmente,

SMITH LOZANO GUEVARA  
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ANA AUDREY BARRERO RONCANCIO  
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

152

[illegible]

|            |               |            |                         |               |                  |                      |                  |                        |                |               |               |  |
|------------|---------------|------------|-------------------------|---------------|------------------|----------------------|------------------|------------------------|----------------|---------------|---------------|--|
|            |               |            |                         |               |                  | <b>TOTALES SALUD</b> |                  |                        |                |               |               |  |
| Código EPS | Nombre        | NIT        | Colectación Obligatoria | UFC Adicional | Incapacidades    | Licencia Maternidad  | Días Mora        | Valor Mora Colectación | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |  |
| EPS008     | Compensar EPS | 86006942-7 | 109.900                 | 0             | No. Autorización | Valor                | No. Autorización | Valor                  | 0              | 0             | 1             |  |

[illegible]

|            |           |            |             |                  |       |               |          |            |      |      |            |          |               |                     |       |               |               |
|------------|-----------|------------|-------------|------------------|-------|---------------|----------|------------|------|------|------------|----------|---------------|---------------------|-------|---------------|---------------|
| Código ARL | Nombre    | NIT        | Obligatorio | No. Autorización | Valor | Aportes Otros | Sistemas | Valor Neto | Días | Mora | Valor Mora | Subtotal | Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 14-11      | ARL SUISA | 86903790-5 | 21.500      |                  |       |               |          | 21.500     | 0    | 0    | 0          | 21.500   |               |                     | 215   | 21.500        | 1             |

| Código CCF                            |  | Nombre |  | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---------------------------------------|--|--------|--|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| <div> <div>TOTALES CAJAS</div> </div> |  |        |  |     |              |           |                   |               |               |

| SENA         |           |                   |               |               |
|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte | Dias Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 0            | -0        | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF         |           |                   |               |               |
| 0            | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP         |           |                   |               |               |
| MEN          |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                     |                                     |
|------------------------|---------------------|-------------------------------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras | Valor antes de IGE, IMA, IRP y Mora |
| Salud                  | 1                   | 109,900                             |
| Pensión                | 1                   | 140,700                             |
| Riesgos Laborales      | 1                   | 21,500                              |
| CCP                    | 0                   | 0                                   |
| ESAP                   | 0                   | 0                                   |
| ICBF                   | 0                   | 0                                   |
| MEN                    | 0                   | 0                                   |
| SENA                   | 0                   | 0                                   |
| TOTALES                | 3                   | 272,100                             |
| Total a Pagar          |                     | 109,900                             |



| DATOS DEL APORTANTE |                   |                    |                                       |              |                          |    |
|---------------------|-------------------|--------------------|---------------------------------------|--------------|--------------------------|----|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE   | DIRECCIÓN                             | TÉLEFONO     | CORREO                   |    |
| CC                  | 24844484          | ANA AUDREY BARRERO | CRR ; ESTE 6 37 A 65 SUR AP 202 INT 7 | 3203712288   | anastoreiro204@gmail.com |    |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL    | CÓDIGO                                | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO       |    |
| UNICA               | I - Independiente |                    |                                       | BOGOTÁ D.C.  | BOGOTÁ D.C.              | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                      |               |                             |                 |               |
|----------------------|--------------------------------------|---------------|-----------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA<br>(DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO<br>(DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                      |               |                             |                 | EMPLEADOS     |
|                      |                                      |               |                             |                 | URC           |
|                      |                                      |               |                             |                 | 1             |
|                      |                                      |               |                             |                 | TOTAL A PAGAR |
| 2020-07              | PERIODO SALUD                        |               | 03/08/2020                  | 44439607        | \$272.10C     |
| 2020-07              | PERIODO PENSIONES                    | I             |                             |                 |               |

[illegible]

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 08/2020

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS SUR OCCIDENTE E.S.E.

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ANA AUDREY BARRERO RONCANCIO

CC 24584484 De Calarcá / Quindío

La suma de \$ 2.197.015 Dos millones ciento noventa y siete mil cero quince por concepto de servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA TECNICO 1 durante el periodo del 01 al 31 Agosto 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 5398-2020

  
24584484  
Nombre del contratista

ANA AUDREY BARRERO RONCANCIO

CC 24584484 Calarcá / Quindío

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO 22306794870