

					Versión 3			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación 2/15/2018			
					Código: 04-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA								
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			Aura Maria Parra Moreno					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1013644179
CORREO ELECTRONICO:			aura.m.parra.m@hotmail.com			CELULAR:		7504778
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			PIC ENTORNO CUIDADOR COMUNITARIA			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	FO09K30	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			550006900696060				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		9013			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	1373	FECHA	2025-06-17 13:58:49.000		NÚMERO DE CRP	28716	FECHA	2025-06-25 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:		PROFESIONAL EN ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL		
			2025-06-01			2025-06-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:					\$4,127,207			
TIPO DE SERVICIOS		PIC		RESERVA DE GLOSA 0%			N/A	
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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO								
CONCEPTO					VALORES			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:					\$31,925,504			
VALOR EJECUTADO					\$28,761,312			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA					\$4,127,207			
VALOR A LIBERAR					\$0			
SALDO POR EJECUTAR					\$3,164,192			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN					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 \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.								
Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC		APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES	
87844298	\$1,857,502	\$232,188		\$297,200	3	\$45,249	\$574,637	
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente. <div style="text-align: center;"> MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ 52744682 Supervisor </div>								
Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.								
Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021								

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional y/o técnico conforme a lo establecido por los lineamientos distritales, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para los componentes del escenario, espacio y/o Proyectos especiales, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud.	Se realiza apropiación territorial en calle con el objetivo de dar a conocer el accionar de los centros de escucha para mas bienestar, en las localidades de Bosa y Puente Aranda	formatos de sesiones colectivas
Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS.	se realizan 12 acciones de parchemos, 10 parchando, 30 asesorías en salud, fortalecimiento a redes comunitarias 2 sesiones. 3 acompañamientos solidarios	formatos de sesiones colectivas, registro fotográfico y actas.
Desarrollo de Acciones individuales y/o colectivas, jornadas y demás acciones requeridas por el Espacio Público.	Realizar asesoría en salud individual, acciones de información educación y comunicación para la salud	formatos de sesiones colectivas fichas técnica
Participar en la planeación, direccionamiento técnico y ejecución de las Jornadas locales y Distritales de Promoción de la Salud de acuerdo al cronograma definido por la Secretaria Distrital de Salud y la Subred.	se participo en reuniones de direccionamiento tecnico por parte de la profesional de apoyo de la estrategia, de la referente del entorno comunitario y asistencias técnicas por parte de SDS para el fortalecimiento y la construcción de conocimientos para mejorar acciones del proceso	formatos de sesiones colectivas fichas técnica y listados de asistencia
Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, seguimiento a la canalización.	Realizar asesoría en salud individual, tamizajes de vih, sífilis y hepatitis b y acciones de información educación y comunicación para la salud	Fichas de asesoría en salud SISCO, formatos individuales de pruebas rápidas y formatos de sesiones colectivas fichas técnicas
Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas.	Realizar asesoría en salud individual, tamizajes de vih, sífilis y hepatitis b y acciones de información educación y comunicación para la salud	Fichas de asesoría en salud SISCO, formatos individuales de pruebas rápidas y formatos de sesiones colectivas fichas técnicas
Implementar actividades lúdico-pedagógicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderamiento en prácticas de cuidado en salud.	Realizar asesoría en salud individual, tamizajes de vih, sífilis y hepatitis b y acciones de información educación y comunicación para la salud	Fichas de asesoría en salud SISCO, formatos individuales de pruebas rápidas y formatos de sesiones colectivas fichas técnicas
Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por los Referentes de la Secretaria Distrital de Salud	Asistencia técnica programada para el respectivo mes	listado de asistencia
Consolidar y fortalecer grupos de líderes pares formados según necesidades priorizadas en salud e inclusión.	Por medio de apropiaciones territoriales y priorización en las manzanas del cuidado fortalecimiento de grupos según necesidad	Formato 2 y 3, formato de sesiones colectivas encuesta de percepción, fichas técnicas
Fortalecer capacidades de autogestión y liderazgo de personas, colectivos grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social.	se realiza asesorías en salud, tamizajes de vih, sífilis y hepatitis b, acciones de parchando y parchemos	formatos de sesiones colectivas
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las pre-auditorías del referente del espacio asignado.	Revisión de los formatos para respectiva precritica por parte de la líder de la estrategia	Formato 2 y 3, formato de sesiones colectivas encuesta de percepción, fichas técnicas
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	Revisión de los formatos para respectiva precritica por parte de la líder de la estrategia	productos propios de la estrategia
Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la E.S.E como de la firma auditora o SDS, antes de control.	Alistar respectivos soportes de auditoría con calidad pertinente	actas y listados de asistencia
Asumir el 100 % de glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencias en soportes, entre otras).	no aplica	no aplica

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1013644179	AURA MARIA PARRA MORENO		cl 12a sur 12 a 08	9266246	aura.m.parra.m@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-06	2025-06	I	01/07/2025	87699563	TOTAL A PAGAR \$612.000

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	232.200	0		0		0	0	0	0	232.200	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	297.300	0	0	0	0	0	0		297.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	45.300				45.300	0	0	45.300			453	45.300	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	37.200	0	0	37.200	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	232.200	232.200
Pensión	1	297.300	297.300
Riesgos Laborales	1	45.300	45.300
CCF	1	37.200	37.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	612.000	612.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1013644179	AURA MARIA PARRA MORENO		cl 12a sur 12 a 08	9266246	aura.m.parra.m@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-06	2025-06	I	01/07/2025	87699563	10
					TOTAL A PAGAR
					\$612.000

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES										
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SIL	IOE	IOE	IOE	IOE	IOE	IOE	IOE	IOE	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1013644179	PARRA MORENO AURA MARIA	59	0			N																		25-14	1.857.502	297.300	0	0	0	0	EPS008	1.857.502	232.200	14-11	1.857.502	3	45.300	CCF24	1.857.502	37.200	0	0	0	0	0

PAGADA

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE
NIT:900.959.048-4

DEBE A:

AURA MARIA PARRA MORENO
C.C 1013644179

La suma de (Cuatro millones ciento veintisiete mil doscientos siete ocho mil setenta pesos) (\$ 4.127.207), por concepto de servicios como profesional en enfermería en el entorno cuidador comunitario, durante el periodo del 1 al 30 de Junio de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 9013-2024



AURA MARIA PARRA MORENO
C.C 1013644179

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 006900696060

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes de Junio 2025 y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.



MARIA CRISTINA TRIVIÑO DIAZ
Apoyo a la supervisión
Entorno CUIDADOR COMUNITARIO