

|                                                                                   |                                                   |  |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. |  |                                                                                     |
|                                                                                   | INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS    |  |  |

| DATOS DEL INFORME       |                               |            |                      |                 |        |
|-------------------------|-------------------------------|------------|----------------------|-----------------|--------|
| Periodo a Certificar:   | Desde:                        | 2026-06-01 | Hasta:               | 2026-06-30      |        |
| Nombre del Contratista: | MAURICIO ALEXIS PARRA CAICEDO |            | Número de Documento: | 14238884        |        |
| Correo Electrónico:     | mauparra@yahoo.com            |            | Número Telefónico:   | 3112760632      |        |
| Nombre del Supervisor:  | JOSEF KLING GOMEZ             | Cargo:     | MEDICO ESPECIALISTA  | Código - Grado: | 213-32 |

| DATOS DEL CONTRATO             |                                       |               |      |                       |     |
|--------------------------------|---------------------------------------|---------------|------|-----------------------|-----|
| No. Contrato:                  | 2416-2026                             | Año Contrato: | 2026 | CDP Contrato Inicial: | 294 |
| Perfil:                        | MÉDICO ESPECIALISTA - CIRUGÍA GENERAL |               |      |                       |     |
| Dirección a la que Pertenecen: | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS  |               |      |                       |     |
| Unidad de Servicios:           | USS TUNAL                             |               |      |                       |     |

| LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS     |                                      |                                                                     |              |                          |            |            |                                |
|------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------|------------|------------|--------------------------------|
| Centro de Costos             | Dirección                            | Unidad                                                              | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total      | Procentaje(%) Centro de Costos |
| I20CGTN                      | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS TUNAL                                                           | 132          | 0                        | 93094      | \$12288408 | 94.3%                          |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 12288408                          | DOCE MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS OCHOPESOS |              |                          |            |            |                                |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO |              |                     |             |                                           |            |
|-------------------------------------|--------------|---------------------|-------------|-------------------------------------------|------------|
| Fecha de Inicio del Contrato        |              | 2026-02-01          |             | Fecha de Terminación del Contrato Inicial | 2026-06-30 |
| No. Prorroga                        | Fecha Inicio | Fecha Terminación   | No. Adición | Valor Adición                             | CDP        |
| 1                                   | 2026-06-09   | 2026-08-31          | 1           | \$ 26066320                               | 1296       |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado |              | Mes Cuenta de Cobro |             | Valor a Pagar                             |            |
| 1                                   |              | FEBRERO             |             | \$ 11171280                               |            |
| 2                                   |              | MARZO               |             | \$ 12288408                               |            |
| 3                                   |              | ABRIL               |             | \$ 13964100                               |            |
| 4                                   |              | MAYO                |             | \$ 12846972                               |            |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | VALOR TOTAL DEL CONTRATO                                                               | PAGOS REALIZADOS      | SALDO DEL CONTRATO |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------|
| \$ 65165800                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | \$ 91232120                                                                            | \$ 50270760           | \$ 40961360        |
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN             | PRODUCTO O EVIDENCIA  |                    |
| 1                                                       | 1.Desarrollar actividades propias del perfil de Médico(a) Especialista en Cirugía General, conforme a la lex artis y al objeto contractual, orientadas a la prestación de servicios médico-quirúrgicos especializados en las áreas definidas por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., de acuerdo con los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS), el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) y la normatividad vigente aplicable.           | -PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO EN CIRUGÍA                                              | -HISTORIA CLÍNICA     |                    |
| 2                                                       | 2. Ejecutar acciones de información, educación y comunicación en salud, dirigidas a los usuarios, sus familias y cuidadores, orientadas a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el fortalecimiento del autocuidado, conforme a los lineamientos técnicos propios de la especialidad.                                                                                                                                                                                            | -PRESENTA INFORMES Y REPORTES                                                          | - INFORMES Y REPORTES |                    |
| 3                                                       | 3. Registrar de manera veraz, completa, legible, secuencial y oportuna la información correspondiente al acto médico, en la historia clínica y en los registros definidos por la entidad, garantizando integralidad, racionalidad científica y cumplimiento de los criterios establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y las normas que regulan la materia, incluidas la Resolución 1995 de 1999, la Resolución 839 de 2017 y aquellas que las modifiquen, adicionen o sustituyan. | -VALORAR EVOLUCIONAR Y PRESCRIBIR A LOS PACIENTES A SU CARGO                           | - HISTORIA CLÍNICA    |                    |
| 4                                                       | 4. Aportar técnicamente a la elaboración, actualización y aplicación de formatos, guías, protocolos y procedimientos clínicos y quirúrgicos, propios del ejercicio de la cirugía general, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, registros en MIPRES, estadísticas vitales y demás soportes que resulten procedentes, garantizando el cumplimiento de las normas universales de bioseguridad y seguridad del paciente.                                                         | -PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO EN CIRUGÍA REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE GUÍAS Y PROTOCOLOS | -GUÍAS Y PROTOCOLOS   |                    |
| 5                                                       | 5. Contribuir a los procesos de identificación, caracterización, inscripción, manejo clínico, seguimiento y canalización de los usuarios a las diferentes rutas integrales de atención en salud, así como a la consolidación de información requerida para la trazabilidad de indicadores clínicos y de resultados en salud.                                                                                                                                                                         | -CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES QUE SEAN ASIGNADAS SEGÚN EL SERVICIO                      | - HISTORIA CLÍNICA    |                    |

| <b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b> | <b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b> |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 6                                                              | 6. Articular acciones clínicas con los equipos misionales y multidisciplinarios, con el fin de aportar al manejo integral del paciente, de conformidad con la normatividad legal vigente, los estándares de calidad en salud y los lineamientos institucionales aplicables.                                              | -PRESENTAR INFORMES Y REPORTES AL JEFE INMEDIATO                                  | - INFORMES Y REPORTE        |
| 7                                                              | 7. Realizar la valoración clínica especializada, emitir diagnósticos y definir planes de manejo y tratamiento médico-quirúrgico, de acuerdo con el cuadro clínico del paciente, incluyendo la atención quirúrgica, hospitalaria y/o el seguimiento ambulatorio, según la naturaleza del servicio especializado prestado. | -VALORAR EVOLUCIONAR Y PRESCRIBIR A LOS PACIENTES A SU CARGO                      | - HISTORIA CLÍNICA          |
| 8                                                              | 8. Brindar información clara, suficiente y oportuna al paciente, familiar, acudiente, representante legal o entidad responsable, según corresponda, sobre la evolución clínica, riesgos, posibles complicaciones y decisiones relevantes asociadas al proceso de atención en salud.                                      | -COMUNICACIÓN ASERTIVA CON FAMILIARES Y PACIENTES                                 | -HISTORIA CLÍNICA           |
| 9                                                              | 9. Desarrollar las actividades asistenciales especializadas conforme a los productos, volúmenes o resultados definidos contractualmente, de acuerdo con los lineamientos técnicos, los acuerdos vigentes con los pagadores y la capacidad instalada de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.              | -CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES QUE SEAN ASIGNADAS SEGÚN EL SERVICIO                 | - INFORMES Y REPORTES       |
| 10                                                             | 10. Ejecutar las demás actividades propias del perfil profesional especializado, directamente relacionadas con el objeto contractual y orientadas al fortalecimiento de la prestación de los servicios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.                                                           | -PRESENTAR INFORMES Y REPORTES                                                    | - INFORMES Y REPORTES       |

| INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL                |                       |               |     |     |                                                                              |                            |                                                  |                     |             |
|---------------------------------------------------------|-----------------------|---------------|-----|-----|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------|---------------------|-------------|
| Periodo al que corresponde el pago                      |                       | Fecha de Pago |     |     | Número de Planilla                                                           | Factura Electrónica        | Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior |                     | \$ 12846972 |
| AÑO                                                     | MES                   | AÑO           | MES | DÍA | 89952248                                                                     | MAPC 139                   |                                                  |                     |             |
| 2026                                                    | MAYO                  | 2026          | 06  | 09  |                                                                              |                            |                                                  |                     |             |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras |                       |               |     |     | DOCE MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS SETENTA Y DOSPESOS |                            |                                                  |                     |             |
| Item                                                    |                       |               |     |     | Entidades Aportantes a Seguridad Social                                      | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes                      | Valor Aportado      |             |
| Pensionado                                              |                       |               |     | SI  | -                                                                            | \$ 5138789                 | \$ 822206                                        | \$ 0                |             |
| Salud                                                   |                       |               |     |     | SANIDAD MILITAR                                                              |                            | \$ 642349                                        | \$ 737100           |             |
| ARL                                                     |                       |               |     | 3   | SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.                                          |                            | \$ 125181                                        | \$ 143700           |             |
| Caja de Compensación                                    |                       |               |     | NO  |                                                                              | Total                      | \$ 1491379                                       | \$ 880800           |             |
| INFORMACIÓN DE PAGO                                     |                       |               |     |     |                                                                              |                            |                                                  |                     |             |
| Entidad Bancaria                                        | BANCO DAVIVIENDA S.A. |               |     |     | Tipo de Cuenta                                                               | CORRIENTE                  | Número de Cuenta                                 | 17019498            |             |
| HISTÓRICO                                               |                       |               |     |     |                                                                              |                            |                                                  |                     |             |
| OBSERVACIÓN                                             |                       |               |     |     | USUARIO                                                                      |                            |                                                  | FECHA               |             |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                     |                       |               |     |     | MAURICIO ALEXIS PARRA CAICEDO                                                |                            |                                                  | 2026-06-18 10:31:46 |             |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                                    |                       |               |     |     | JOSEPH KLING GOMEZ                                                           |                            |                                                  | 2026-06-24 20:25:40 |             |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN                                   |                       |               |     |     | MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA                                             |                            |                                                  | 2026-07-02 09:40:04 |             |

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)

**NOTA:** La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



JOSEF KLING GOMEZ  
MEDICO ESPECIALISTA

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                               |        |                     |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-------------------------------|--------|---------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE              |        | DIRECCIÓN           | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 14238884          | MAURICIO ALEXIS PARRA CAICEDO |        | calle 120 # 50 - 94 | 3104526713         | parracaicedo78@gmail.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) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 89952248        | 09/06/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-05              | 2026-05                           | I               | \$0                      | \$880.800          |              |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |          |             |                        |               | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---------------|----------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS010        | EPS Sura | 800088702-2 | 737.100                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 737.100       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |        |     |                        | 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 |
|-----------------|--------|-----|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|                 |        |     |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                        | 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 |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-11                     | ARL SURA | 890903790-5 | 143.700                |                  |       |                        | 143.700               | 0         | 0                     | 143.700             |                            |                     | 1.437             | 143.700       | 1             |

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

| 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                              | 737.100                             | 737.100       |
| Pensión                | 0                              | 0                                   | 0             |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 143.700                             | 143.700       |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 2                              | 880.800                             | 880.800       |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                    |                 |                           |                    |              |
|----------------------|------------------------------------|-----------------|---------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                    | 89952248        | 09/06/2026                | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                    | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA              | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-05              | 2026-05                            | I               | \$0                       | \$880.800          |              |

| INFORMACIÓN COTIZANTE |                                 |                               |           |           |            |                  | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |      |     |     |     |     |     | SALUD          |          |         |      | RIESGOS LABORALES |                     |                      |                                | CCF                             |          |           |      | PARAFISCALES           |          |           |      |            |            |         |      |            |                        |             |             |             |            |   |
|-----------------------|---------------------------------|-------------------------------|-----------|-----------|------------|------------------|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|----------------|----------|---------|------|-------------------|---------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------|------------------------|----------|-----------|------|------------|------------|---------|------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| No.                   | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres           | Cotizante | Sobrepeso | Estrategia | Columna exterior | Exonerado             | IMA | IME | ITC | TAE | TIP | TAP     | VSP | NSJN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Días | Cotización        | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Días | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |
| 1                     | CC 14238884                     | PARRA CAICEDO MAURICIO ALEXIS | 59        | 4         | N          |                  |                       |     |     |     |     |     |         |     |      |     |     |     |     |     |                |          | 0       | 0    | 0                 | 0                   | 0                    | 0                              | 0                               | EPS010   | 5.896.800 | 30   | 737.100                | 14-11    | 5.896.800 | 30   | 3          | 143.700    |         | 0    | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 |



**Mauricio Alexis Parra Caicedo**  
NIT 14.238.884-8  
calle 120 50 94  
Tel: (031) 3112760631  
Bogotá - Colombia  
Parracaicedo78@gmail.Com



Factura electrónica de venta  
**No. MAPC 139**

|           |                                                   |          |                   |
|-----------|---------------------------------------------------|----------|-------------------|
| Señores   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. |          |                   |
| NIT       | 900.958.564-9                                     | Teléfono | (031) 7428585     |
| Dirección | CR 20 47B 35 SUR                                  | Ciudad   | Bogotá - Colombia |

| Fecha y hora Factura |                   |
|----------------------|-------------------|
| Generación           | 16/06/2026, 11:06 |
| Expedición           | 16/06/2026, 11:06 |
| Vencimiento          | 16/06/2026        |

| Ítem | Descripción              | Cantidad | Vr. Unitario | Vr. Total     |
|------|--------------------------|----------|--------------|---------------|
| 1    | Servicio Cirugía General | 132.00   | 93,094.00    | 12,288,408.00 |

**Total items: 1**

**Valor en Letras:**

Doce millones doscientos ochenta y ocho mil cuatrocientos ocho pesos m/cte

**Forma de pago:**

Contado

**Medio de pago:**

Consignación bancaria - Consignación \$ 12,288,408.00

**Observaciones:**

Favor consignar en la CUENTA CORRIENTE N.º 0000000017019498 del banco DAVIVIENDA  
Honorarios correspondientes al mes de JUNIO de 2026.

|               |               |
|---------------|---------------|
| Total Bruto   | 12,288,408.00 |
| Total a Pagar | 12,288,408.00 |

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764084399924 aprobado en 20241129 prefijo MAPC desde el número 101 al 1000 Vigencia: 6 Meses**

- Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9,66 X 1000  
CUFE: c4d99eeb68d2b66c76a8d3e5ab77b553eb429c1d54843f0818d4c54ce7cda2723617b6d298bdacdb5a4e05aa298deeb

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de  
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

Id de pago    Número de factura    Fecha de emisión    Fecha de recepción    Valor total de la factura    Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

| Descripción                                                        | Nombre del archivo                        | Cargado por |           |         |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------|-----------|---------|
| <input type="checkbox"/> CTO 2416-2026 CTA FEBRERO TUNAL PARRA.pdf | CTO 2416-2026 CTA FEBRERO TUNAL PARRA.pdf | Proveedor   | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> 3. TITULO ESPECIALISTA.pdf                | 3. TITULO ESPECIALISTA.pdf                | Proveedor   | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> 18. HOJA DE VIDA.pdf                      | 18. HOJA DE VIDA.pdf                      | Proveedor   | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> CTO 2416-2026 CTA MARZO TUNAL PARRA.pdf   | CTO 2416-2026 CTA MARZO TUNAL PARRA.pdf   | Proveedor   | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> PS 2416 2026.pdf                          | PS 2416 2026.pdf                          | Comprador   | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> CTO 2416-2026 CTA ABRIL TUNAL PARRA.pdf   | CTO 2416-2026 CTA ABRIL TUNAL PARRA.pdf   | Proveedor   | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> CTO 2416-2026 CTA MAYO TUNAL PARRA.pdf    | CTO 2416-2026 CTA MAYO TUNAL PARRA.pdf    | Proveedor   | Descargar | Detalle |

Borrar    Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >



3igYi7lqTk



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

# La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Certifica que:

**MAURICIO ALEXIS PARRA CAICEDO**

**14238884**

---

**Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:**

**MANEJO INTEGRAL DEL DUELO**

**con una intensidad horaria de 20 horas.**

**Para constancia se expide:**

**18 de junio de 2026**

**Válido por 02 años**