| Secretaría de Salud / Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | | | |
|---|---|---|---|
| **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA** | Versión | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
| | Fecha de aprobación | 2/15/2018 | |
| | Código: | 04-02-FO-0002 | |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | AURA MARIA PARRA ROBAYO | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1020790695 | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | auraparra1994@gmail.com | | | | CELULAR: | 3043339750 | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | URG OBSERVACIÓN USS HOSPITAL BOSA | | | | SEDE: | SUBRED | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | BO37B02 | 25 | BO37C10 | 25 | BO37D01 | 25 | BO37A24 | 25 | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 18062702652 | | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 822 | | | VIGENCIA | 2026 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1146 | FECHA | 2026-05-14 15:16:14.000 | NÚMERO DE CRP | 20411 | FECHA | 2026-05-28 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | | | | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL |
| | | 2026-05-01 | | 2026-05-31 |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $13,655,100 | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | 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: | $61,903,120 |
| VALOR EJECUTADO | $56,259,012 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $13,655,100 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $5,644,108 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 91% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 6019732401 | $5,243,558 | $655,445 | $838,969 | 3 | $127,733 | $1,622,147 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

jose miguel peralta zabaleta
17956572
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

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| 1. Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad 2. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes | Atención especializada en ginecología, valoración, diagnóstico, tratamiento y realización de procedimientos, garantizando el adecuado diligenciamiento de la historia clínica conforme a la normatividad vigente. | Historias clínicas completas y firmadas, registro de procedimientos realizados y planes de manejo documentados. |
| 3. Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación 4. Participar en la programación de actividades del área | Registro oportuno en sistema institucional de consultas y procedimientos; participación en programación y organización del servicio. | Reporte estadístico mensual de producción y soportes o actas de participación en reuniones del área. |
| 5. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente 6. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio | Identificación y reporte oportuno de eventos epidemiológicos y fallas de calidad; participación en análisis y aplicación de acciones de mejora. | Reportes de eventos realizados y evidencia de participación en planes de mejoramiento. |
| 7. Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente 8. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad | Orientación al equipo asistencial sobre manejo médico y diligenciamiento completo y oportuno de formatos clínicos y administrativos. | Registros en historia clínica y formatos institucionales correctamente diligenciados. |
| 9. Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento 10. Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación | Explicación del procedimiento, obtención del consentimiento informado y realización de controles clínicos según plan de manejo. | Consentimientos informados firmados y registros de evolución y seguimiento documentados. |
| 11. Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención 12. Emitir conceptos médicos que se le requieran | Información clara sobre diagnóstico y tratamiento; elaboración de conceptos médicos cuando sean solicitados. | Registro en historia clínica de educación brindada y conceptos médicos emitidos. |
| 13. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred 14. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato | Aplicación de protocolos y guías institucionales; elaboración y entrega del informe mensual al supervisor del contrato. | Evidencia de adherencia a protocolos e informe mensual firmado con certificación de cumplimiento. |
| 15. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. 16. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado | Uso adecuado y custodia de equipos asignados; asistencia a capacitaciones, inducciones y reuniones institucionales. | Paz y salvo o acta de entrega (cuando aplique) y listados de asistencia a capacitaciones. |
| 17. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos 18. Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales | Aplicación de lineamientos institucionales y apoyo a actividades interinstitucionales cuando sea requerido. | Evidencia de cumplimiento en auditorías y soportes de participación institucional. |
| 19. Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred 20. Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios | Registro oportuno de actividades asistenciales en el sistema institucional. Participación en procesos investigativos cuando sea convocado o requerido. | Reporte de actividades registradas en plataforma y soporte de participación en investigaciones (cuando aplique en el periodo). |
| 21. Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado 22. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente 23. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | Supervisión de contratos: No aplica para el periodo evaluado, toda vez que no fue designado como supervisor. Pago mensual de seguridad social y cumplimiento de actividades adicionales relacionadas con el objeto contractual. | Supervisión: No aplica. Planilla PILA pagada y anexada a la cuenta de cobro. Soportes de actividades ejecutadas durante el periodo. |

Copia Controlada Subred Sur Occidente

jose miguel peralta zabaleta
17956572
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

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1020790695 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | AURA MARIA PARRA ROBAYO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CALLE 117 #5-28 INT 2 | TELÉFONO: | 2131353 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Servicios de seguros sociales de |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **6019732401** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | abril | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | abril |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2026 | SALUD: | AÑO: | 2026 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2026/05/12 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 301111309 |

## NOVEDADES

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 9003360047 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 960.000 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 960.000** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8000887022 | EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | $ 750.000 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 750.000** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8909037905 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 146.200 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 146.200** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 1.856.200** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 1.856.200** |

Planilla Pagada

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR**

**OCCIDENTE E.S.E NIT: 900.959.048-4**

**DEBE**
**A:**

**AURA MARIA PARRA ROBAYO**

**C.C 1.020.790.695 DE BOGOTÁ**

La suma $13.655.100 (Trece millones seiscientos cincuenta y cinco mil cien pesos), por concepto de: Prestación servicios Profesionales y de apoyo a la gestión como **MÉDICO GINECÓLOGO** en el área de Ginecología dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE LA SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional durante el periodo del **01 AL 31 MAYO 2026** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 822-2026.



**AURA MARIA PARRA ROBAYO**
**C.C 1.020.790.695 DE BOGOTÁ**
**CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA**
**NUMERO 18062702652**

ARL

Medellin, 26 de mayo de 2026

**LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:**

Que **AURA MARIA PARRA ROBAYO** con documento de identidad **C1020790695**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

**Información general de la afiliación**

| Fecha inicio | Fecha fin | Tipo cotizante | Centro de trabajo | Código C.T | Clase de riesgo | Tasa cotización | Estado cobertura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2025-11-07 | 3000-12-31 | INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES | RIESGO III | 0000000003 | 3 | 2.436 | EN COBERTURA |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PARRA ROBAYO AURA MARIA

## Modificación Aceptada:




## Ejecución Contrato 822-2026

