

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		PARRA BERNAL LAURA VALERIA								409163		
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1010081917									
CORREO	lauravparra06@gmail.com	CELULAR	3224143828									
PROCESO:	Ambulatorios											
SERVICIO:	Ambulatorios				UNIDAD:				Chapinero			
CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	A00											
BANCO	28				TIPO CUENTA				SIN CUENTA			
NUMERO CUENTA BANCARIA		0										

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				3873-2025				N° DE PAGOS DEL CONTRATO							
NÚMERO DE CDP: 1	541	FECHA	31/03/2025	NÚMERO DE CRP: 1	20139	FECHA	04/04/2025	NÚMERO DE CDP: 2	642	FECHA	24/04/2025	NÚMERO DE CRP: 2	22385	FECHA	30/04/2025
NÚMERO DE CDP: 3	715	FECHA	20/05/2025	NÚMERO DE CRP: 3	27322	FECHA	26/05/2025	NÚMERO DE CDP: 4	871	FECHA	24/06/2025	NÚMERO DE CRP: 4	31157	FECHA	30/06/2025
NÚMERO DE CDP: 5	1000	FECHA	21/07/2025	NÚMERO DE CRP: 5	36236	FECHA	31/07/2025	NÚMERO DE CDP: 6	1166	FECHA	26/08/2025	NÚMERO DE CRP: 6	40134	FECHA	31/08/2025
NÚMERO DE CDP: 7	1323	FECHA	19/09/2025	NÚMERO DE CRP: 7	44326	FECHA	29/09/2025	NÚMERO DE CDP: 8	1467	FECHA	22/10/2025	NÚMERO DE CRP: 8	51234	FECHA	30/10/2025
NÚMERO DE CDP: 9	1728	FECHA	28/11/2025	NÚMERO DE CRP: 9	58890	FECHA	30/11/2025	NÚMERO DE CDP: 10	1807	FECHA	19/12/2025	NÚMERO DE CRP: 10	59876	FECHA	19/12/2025

OBJETO: PROFESIONAL MEDICO GENERAL

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	10	2025		31	10	2025

TIPO SERVICIOS: Asistencial RESERVA DE GLOSA 2% 0

VALOR MES: 6,381,846 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:	54,417,246
VALOR EJECUTADO:	54,417,246
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	6,038,736
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	176
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	100.00 %

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
9493100354	309,500	396,200	3	60,400	0	766,100

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

*Nathaly Puerto Bonilla*

PUERTO BONILLA NATHALY  
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

*Laura Valeria Parra*

PARRA BERNAL LAURA VALERIA  
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	0	0	0	0
--	---	---	---	---

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,

**PUERTO BONILLA NATHALY**  
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

**PARRA BERNAL LAURA VALERIA**  
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.

	<b>INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>		CODIGO: APT 01130						
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL		VERSION: 4						
			PAGINA : 1 DE 1						
		FECHA: 07/11/2024							
<b>ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		<b>UNIDAD:</b>		<b>C FRAY BARTOLOME</b>					
<b>No. DE CONTRATO: 3873-2025</b>		<b>PERIODO CERTIFICADO</b>		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. NATHALY PUERTO BONILLA</b>				01	10	2025	31	10	2025
<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA: LAURAVALERIAPARRA BERNAL</b>		<b>DOCUMENTO: 1010081917</b>							
<b>OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como PROFESIONAL MEDICO SERVICIOS AMBULATORIOS, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la</b>									
<b>TOTAL DE EJECUCIÓN (%) 100%</b>									
<b>OBLIGACIONES ESPECIFICAS</b>					<b>ACTIVIDADES REALIZADAS</b>				
1. Aplicar las disposiciones establecidas en la Resolución 3280/2018, por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de las Rutas Integral de Atención					se realizó remisión a las diferentes Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud, de manera especial la ruta de salud mental y consumo SPA, debido a que tengo el curso MHGAP y la cerebro vascular y metabólica ya que tengo asignado el grupo de crónicos en el caps. se está atendiendo los pacientes canalizados desde el tamizaje de pruebas rápidas de perfil lipídico, glucosa y hb glicosilada. remisión activa de casos a rutas maternoperinatal y de cáncer. se realiza consulta resolutoria, del club de crónicos, de la ruta de salud mental y PYD.				
2. Adherencia y direccionamiento de los pacientes a las rutas de atención integral, con el fin de garantizar la prestación del servicio a los pacientes.					Se remiten a los pacientes que requieren ingresar a las diferentes rutas de mantenimiento especial a la ruta de salud mental y consumo de spa en Caps Fray Bartolome				
3. Realizar consulta de MEDICINA GENERAL AMBULATORIA, resolutoria, de promoción y mantenimiento y prioritaria en el servicio de consult externa, garantizando la disponibilidad para el cubrimiento de los servicios de acuerdo a la programación realizada.					Cumplimiento de producción: Consultas realizadas 558, horas programadas 186 horas, realizadas horas 180, Rendimiento de 2.88, cumplimiento 98,1%, Inasistencia 15, repuso 10, número de agenda sin vender : 0 entrega de órdenes y lectura de exámenes, cumpliendo protocolos, guías y lineamientos instituciones. TOTAL HORAS CONSULTA: 176 horas TOTAL PACIENTES: 528 HORAS EN OTRAS ACTIVIDADES DESCRIBIR: REUNIÓN MENSUAL DE UNIDAD				
4. Mantener los indicadores de producción por encima del 95% y rendimiento de 3 pacientes por hora.					Se realiza reposición de inasistentes extras 10 durante el mes				
5. Realizar reposición de inasistencia de pacientes, para dar cumplimiento al porcentaje de rendimiento y producción establecidos por la Subred.					Se realiza productividad y reposición de inasistentes teniendo en cuenta 3 pacientes por hora en rendimiento.				
6. Hacer los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999					se tienen evidencias en las calificaciones realizadas en el último trimestre de auditoría interna donde consta calificación de 97,5% a las HC revisadas de adherencia a los parámetros establecidos.				
7. Brindar apoyo en actividades académicas al personal en formación que rot en las Unidades de la Subred, siguiendo el plan de delegación establecido en el plan de prácticas formativas, efectuando supervisión acompañamiento permanente y participar de los procesos de investigación e innovación que se requieran.					Pese a no tener a cargo este tipo de actividad académica, se orienta en los trámites administrativos y de procedimientos a personal en formación.				
8. Brindar el cuidado de los equipos que le sean asignados para la prestación de los servicios. Si estos pertenecen al contratista, presentar hoja de vida cronograma de mantenimiento y ficha técnica del equipo, último reporte de mantenimiento realizado al equipo y registro INVIMA del personal que realiza el mantenimiento a los equipos, cronograma de capacitación o certificado del personal que maneja los equipos, anexo protocolo de limpieza y desinfección de cada equipo.					se realiza verificación de los equipos usados en el consultorio durante el horario de consulta, en estado perfecto				
9. Participar en la elaboración de las guías de manejo institucional, protocolos, manuales y demás documentación.					No se participo durante el mes en elaboración de guías de manejo sin embargo estoy disponible para realizarlo cuando se requiera				
10. Adherencia a los procesos establecidos por la Subred Norte (guías, manuales, protocolos, instructivos y demás) y adherencia a los procesos de habilitación y acreditación promovidos por la Subred.					se tienen evidencias en las calificaciones realizadas en el último trimestre de auditoría interna donde consta calificación de 97,5% a las HC revisadas de adherencia a los parámetros establecidos.				
11. Hacer la prescripción en la plataforma MIPRES de medicamentos, dispositivos médicos y procedimientos NO PBS, cuando la patología del paciente así lo requiera.					<u>FORMULACIÓN 2 MIPRES</u>				
12. Participar en la Junta de Profesionales cuando sea convocado, con el fin de aportar su concepto técnico, para aprobar o no las prescripciones realizadas y que requieran de dicho procedimiento.					<u>NO se participa en juntas medicas durante el mes</u>				
13. Conocimiento de la normatividad que rige la Donación y trasplante de órganos (Acuerdo 419/2009, Decreto 2493/2004, Resolución 1805/2016).					<u>Se da información a los pacientes en consulta con respecto a normativa que rige la Donación y trasplante de órganos.</u>				
14. Dar respuesta adecuada y oportuna, dentro de los términos establecidos por la ley, a las peticiones, quejas y reclamos,					<u>NO se presentaron quejas durante el mes</u>				
15. Informar los eventos de importancia en Salud Pública, de acuerdo a la Decreto No. 3518/2006 y según protocolos de vigilancia epidemiológica establecidos por el Instituto Nacional de Salud.					NO HUBO REPORTE EN EL MES				

16. Realizar reporte adecuado y oportuno incidentes, eventos adversos y complicaciones presentadas (acorde al manual de seguridad del paciente).	no se presentan eventos durante el mes por lo tanto no se reporta.
17. Participar en las actividades programadas por la Subred, capacitaciones presenciales o virtuales con el fin de mejorar la prestación de los servicios a los usuarios.	<u>Se realizo una capacitación mensual</u>
18. Aplicar los atributos de la calidad en cada una de las actividades a desarrollar (continuidad, oportunidad, pertinencia, accesibilidad, seguridad, eficiencia, eficacia y efectividad).	<u>Se atiende a los pacientes y se trabaja en grupo en el servicio con continuidad, oportunidad, pertinencia, accesibilidad, seguridad, eficiencia, eficacia y efectividad.</u>
19. Desarrollar los procedimientos acordes al perfil, habilitados en la Subred Norte.	Se realizan las demás actividades asignadas
20. En caso de ser parte de un Convenio Interadministrativo suscrito por la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, realizar las actividades que le sean asignadas.	NO APLICA
21. Brindar Trato humano, ético y cálido al cliente Interno y Externo de la Institución.	Se. Brinda Trato humano, ético y cálido al cliente Interno y Externo de la Institución.
<b>OBSERVACIONES:</b>	
<b>TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$) 6'038.736 (SEIS MILLONES TREINTA Y OCHO MIL SETECIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS M/C)</b>	
<p style="text-align: center;"><u>Laura Valeria Parra</u>  LAURAVALERIAPARRABERNAL  1'010,081,917  NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA</p>	<p>Fecha: _____ 31 / _____ 10 / _____  2025</p> <p>Firma de recibido supervisor: Dra. Nathaly Puerto Bonilla</p>
Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010081917		PARRA BERNAL LAURA VALERIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 68 b 75 a 52	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3028644	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1913814856	9494540563	I	2025/11/07	2025/11/10	BANCO DAVIVIENDA	3	\$749,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$2,415,494	\$386,500			\$2,415,494	\$302,000			\$0	\$0			\$2,415,494	\$58,900		\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$2,415,494	\$386,500			\$2,415,494	\$302,000			\$0	\$0			\$2,415,494	\$58,900		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)					\$2,415,494	\$386,500			\$2,415,494	\$302,000			\$0	\$0			\$2,415,494	\$58,900		\$0	\$0
1	CC	1010081917	PARRA LAURA	25-14	30	\$2,415,494	\$386,500	EPS037	30	\$2,415,494	\$302,000	0	\$0	\$0	14-11	30	\$2,415,494	\$58,900	0	\$0	\$0
<b>Total</b>	<b>Afiliados ( 1)</b>				\$2,415,494	\$386,500			\$2,415,494	\$302,000			\$0	\$0			\$2,415,494	\$58,900		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010081917		PARRA BERNAL LAURA VALERIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 68 b 75 a 52	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3028644	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1913814856	9494540563	I	2025/11/07	2025/11/10	BANCO DAVIVIENDA	3	\$749,000

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$386,500	\$800	\$0	\$387,300	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$386,500	\$800	\$0	\$387,300	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$58,900	\$200	\$0	\$59,100	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$58,900	\$200	\$0	\$59,100	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$302,000	\$600	\$0	\$302,600	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$302,000	\$600	\$0	\$302,600	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$747,400</b>	<b>\$1,600</b>	<b>\$0</b>	<b>\$749,000</b>	