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	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIANA PATRICIA CHIPATECUA LOPEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1023914929							
CORREO ELECTRONICO:	DIANAPATRICIA.15@HOTMAIL.COM				CELULAR:	3208916289							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	**PABLO VI**												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	DIRECCION DE AMBULATORIOS				SEDE:	**PABLO VI**							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	PA16M07	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4773 7004 8779								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**1376-2021**			Nº DE PAGOS DEL CONTRATO			**5 de 5**				
NÚMERO DE CDP	**765**	FECHA	**27/05/2021**	**NÚMERO DE CRP**	**31318**	**FECHA**	**31/05/2021**				
OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL AREA DE REHABILITACION DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL.**										
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO			
		1	6	2021		30	6	2021			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.197.520										
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%	NO APLICA								

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$16.627.104
VALOR EJECUTADO	$16.200.768
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.197.520
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$426.336
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	97%

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.

Número de Planilla	**IBC DE COTIZACION**	**APORTE A SALUD 12.5% IBC**	**APORTE PENSION 16%**	**NIVEL ARL**	**APORTE ARL**	**TOTAL APORTES**
51267164	$1.406.908	$ 175.864	$ 225.105	3	$ 34.272	**$ 435.241**

Dado en Bogotá a los (30) días del mes de JUNIO del año Dos Mil veinti uno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

DIANA MONTERO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

DIANA PATRICIA CHIPATECUA LOPEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	URGENCIAS			PABLO VI							
No. DE CONTRATO:	1376-2021	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
			1	6	2.021		30	6	2.021		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIANA PATRICIA CHIPATECUA LOPEZ		C. C.	1.023.914.929			DE	BOGOTA			

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como terapeuta respiratoria dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la subred integrada de servicios de salud sur occidente E.S.E de acuerdo a las necesidades de la institucion.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI _X__ NO ____ Servicios: SI ___ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Realizar los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente.	SI	REALIZAR CONSULTA DE ATENCION Y APOYO TERAPEUTICO INTEGRAL EN PACIENTES	HISTORIA CLINICA DINAMICA
2. Ejecución del plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio	SI	CONSULTA DE ATENCION Y APOYO TERAPEUTICO	HISTORIA CLINICA DINAMICA
3. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes	SI	DILIGENCIAR HISTORIA CLINICA	HISTORIA CLINICA DINAMICA
4. Participación en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado.	SI	ENTREGA DE TURNO - HISTORIA CLINICA	HISTORIA CLINICA DINAMICA
5. Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su procesode habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso	SI	EDUCACION AL PACIENTE O SU CUIDADOR	HISTORIA CLINICA DINAMICA
6. Llevar registro de la atención de las 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	SI	LIBROS DE REGISTRO Y ESTADISTICA - INFORMES SALA ERA	LIBROS DE REGISTRO ACTIVIDADES E HISTORIA CLINICA
7. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	SI	REPORTES DE SALA ERA	REGISTROS DE SALA ERA
8. 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.	SI	EJECUTAR ACCIONES PREVENTIVAS - PLAN DE MEJORAMIENTO - REPORTES SEGURIDAD	REPORTES DE SEGURIDAD - PLANES DE MEJORA
9. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	SI	ELABORACION DE HISTORIA CLINICA - LIBROS DE REGISTROS	HISTORIA CLINICA DINAMICA - LIBROS DE REGISTRO
10. Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio	SI	CONSULTA DE ATENCION Y APOYO TERAPEUTICO	HISTORIA CLINICA DINAMICA
11. Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	SI	EDUCACION AL PACIENTE O SU CUIDADOR	HISTORIA CLINICA DINAMICA
12. Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio	SI	PARTICIPAR EN LA ACTUALIZACION DE GUIAS	HISTORIA CLINICA DINAMICA - ALMERA
13. Informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades.	SI	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA - SOLICITUD DE INSUMOS	HISTORIA CLINICA DINAMICA
14. Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área.	SI	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA - LIBROS DE REGISTRO	HISTORIA CLINICA DINAMICA - LIBROS DE REGISTRO
15. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente.	SI	REGISTRO HISTORIA CLINICA - APLICAR PROCESOS DE MANUAL DE CALIDAD	HISTORIA CLINICA DINAMICA
16. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	SI	VELAR Y RESPONDER POR LOS RECURSOS Y ADECUADO FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS	ELEMENTOS DE INVENTARIO
17. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	SI	ASISTIR A CAPACITACIONES Y REUNIONES	FIRMAS DE ASISTENCIA
18. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	SI	APLICACIÓN GUIAS DE MANEJO, PROTOCOLOS	HISTORIA CLINICA DINAMICA - ALMERA
19. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	SI	REALIZACION DE PAGOS MENSUALMENTE	ENTREGA DE SOPORTES FISICOS
20. Las demás actividades solicitadas afines con la naturaleza del contrato.	SI	ACTIVIDADES AFINES CON LA NATURALEZA DEL CONTRATO	SI ES NECESARIO

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 3,197,520 TRES MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIENTE MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS M/TE

DIANA PATRICIA CHIPATECUA LOPEZ C.C 1023914929 NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha : / / Firma de recibido supervisor

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

DIANA PATRICIA CHIPATECUA LOPEZ

C.C 1.023.914.929 DE BOGOTÁ

La suma de **$ 3,197,520 TRES MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIENTE MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS M/TE** por concepto de: **PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD COMO TERAPEUTA RESPIRATORIA** durante el periodo de **1 al 30 de JUNIO** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No **1376-2021**

NOMBRE DE CONTRATISTA

DIANA PATRICIA CHIPATECUA LÓPEZ

C.C.1.023.914.929 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 4773 7004 8779

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023914929	DIANA PATRICIA CHIPATECUA LOPEZ	CRA 14 A ESTE # 58 A 55 SUR	3654426	dianapatricia.15@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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
					TOTAL A PAGAR	
2021-05	2021-05	I	11/06/2021	51267164	$691.500	

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	279.400	0		0		0	0	0	0	279.400	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
230301	Porvenir	800224808-8	357.600	0	0	0	0	0	0		357.600	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	54.500				54.500	0	0	54.500			545	54.500	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	279.400	279.400
Pensión	1	357.600	357.600
Riesgos Laborales	1	54.500	54.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	691.500	691.500

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023914929	DIANA PATRICIA CHIPATECUA LOPEZ		CRA 14 A ESTE # 58 A 55 SUR	3654426	dianapatricia.15@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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-05	2021-05	I	11/06/2021	51267164	$691.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	1023914929	CHIPATECUA LOPEZ DIANA PATRICIA	59	0			N																	230301	2.235.000	357.600	0	0	0	0	EPS008	2.235.000	279.400	14-11	2.235.000	3	54.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información