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.		SI

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	
2023-06	2023-06	I	17/07/2023	69404097	$536.600	

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	202.200	0		0		0	6	1.400	0	203.600	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	258.800	0	0	0	0	6	1.800	0	260.600	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	39.400				39.400	6	300	39.700			394	39.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	32.400	6	300	32.700	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	202.200	203.600
Pensión	1	258.800	260.600
Riesgos Laborales	1	39.400	39.700
CCF	1	32.400	32.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	532.800	536.600

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-06	2023-06	I	17/07/2023	69404097	$536.600

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	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	1.617.000	258.800	0	0	0	0	EPS008	1.617.000	202.200	14-11	1.617.000	3	39.400	CCF24	1.617.000	32.400	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: SERVICIOS COMPLEMENTARIOS TERAPIA RESPIRATORIA					UNIDAD:		SIMON BOLIVAR
No. DE CONTRATO: 0984-2023	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: YOLANDA EUGENIA BONILLA ALBARRACIN		1	7	2023	31	7	2023
NOMBRE DEL CONTRATISTA: DIANA PATRICIA CHIPATECUA LOPEZ	DOCUMENTO: 1023914929						
OBJETO DEL CONTRATO: OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO TERAPEUTA RESPIRATORIA (A) 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 INSTITUCION							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de	1. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.
2.Desarrollar las estrategias definidas a nivel Institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las	2.Desarrollar las estrategias definidas a nivel Institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.
3. Recibo y entrega de los pacientes tratados de forma personalizada en el Servicio asignado .	3. Recibo y entrega de los pacientes tratados de forma personalizada en el Servicio asignado .
4. Revision de historias clinicas, Cumplimiento de ordenes médicas y Participación en los planes de manejo de los pacientes respiratorios con seguimiento a la evolución de los mismos.	4. Realiza revisión de historias clínicas. Cumplimiento de ordenes médicas, participa en los planes de manejo de los pacientes respiratorios y seguimiento a la evolución de los mismos.
5. Toma, procesamiento y análisis de muestras de gases sanguíneos. Toma de muestras de vía aérea: cultivos de secreción, aspirado Nasofaringeo (VSR-CMV-AH1N1).	5. Realiza la toma, procesamiento y análisis de muestras de gases sanguíneos. Realiza toma de muestras respiratorias
6. Apoyo en códigos azules , Intubación endotraqueal y extubación de pacientes. Inicio de ventilación mecánica invasiva o no invasiva. Apoyo en Trasporte intra-Institucional de pacientes con vía aerea Artificial. Aplicación de surfactante en Recién nacidos	6. Apoya en códigos azules , Intubación endotraqueal y extubación de pacientes. Inicia ventilación mecánica invasiva o no invasiva. Apoya en Trasporte intra-Institucional de pacientes con vía aerea Artificial. Realiza aplicación de surfactante en Recién nacidos
7. Realiza intervención terapéutica de vía aérea: aerosol terapia, oxigenoterapia. Permeabiliza vía aérea-succión manual o mecánica de los pacientes que requieran. Realiza maniobras de kinesioterapia de tórax. Capacita a pacientes y familiares del manejo de inhaladores y oxigeno domiciliario	7. Realiza intervención terapéutica de vía aérea: aerosol terapia, oxigenoterapia. Permeabiliza vía aérea-succión manual o mecánica de los pacientes. Permeabiliza vía aérea-succión manual o mecánica de los pacientes. Realiza maniobras de kinesioterapia de tórax. 190 Capacita a pacientes y familiares del manejo de inhaladores y oxigeno domiciliario- Registro en Historia clinica y formatos de capacitacion
8. Realiza las actividades según lo documentados para terapia Respiratoria (Controla la vigencia y cantidad de los insumos a su cargo con inventario. Controlar el cambio de los equipos de oxigenoterapia y aerosolterapia usados por los pacientes, cumplir con el cronograma de limpieza y desinfeccion de Equipos). Cumplir con lo contemplado en el manual de bioseguridad	8. Realiza las actividades según lo documentados para terapia Respiratoria (Controla la vigencia y cantidad de los insumos a su cargo con inventario. Controla el cambio de los equipos de oxigenoterapia y aerosolterapia usados por los pacientes, cumple con el cronograma de limpieza y desinfeccion de Equipos). Cumplo con lo contemplado en el manual de bioseguridad
9. Registro claro y completo de notas en historias clínicas:evoluciones y Tratamiento implementado. Entrega del informe de estadistica los 3 primeros dias del mes siguiente al ejecutado	9. Realiza registros claros y completos en historias clínicas:evoluciones y Tratamiento implementado.
10. Asisitir a comites de area, capacitaciones y reuniones programadas y las demás actividades que se requieran para el cabal cumplimiento del Objeto contractual.	10. Asisite a comites de area, capacitaciones y reuniones programadas y cumple con las demás actividades que se requieran para el cabal cumplimiento del Objeto contractual.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($3,684,660) TRES MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS SESENTA PESOS MONEDA CORRIENTE.

Diana Chipatecua

DIANA PATRICIA CHIPATECUA LOPEZ

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

CC: 1023914929

Fecha: 31 / 07 / 2023

Y Bonilla A

Firma de recibido supervisor YOLANDA EUGENIA BONILLA ALBARRACIN

Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.

Powered by CamScanner

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-16-05
		VERSIÓN: 5
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 16/02/2018

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CHIPATECUA LOPEZ DIANA PATRICIA											273427	
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula				No.							1023914929	
CORREO	DIANAPATRICIA.				CELULAR							3208916289	
PROCESO:	Terapias												
SERVICIO:	Teraplas				UNIDAD:							Simon Bolivar	
CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	A00												
BANCO	12				TIPO CUENTA				AHORROS				
NUMERO CUENTA BANCARIA	477370048779												

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0984-2023			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	142	FECHA	11/01/2023	NÚMERO DE CRP: 1	12021	FECHA	31/01/2023
NÚMERO DE CDP: 2	1276	FECHA	23/05/2023	NÚMERO DE CRP: 2	24340	FECHA	23/05/2023
NÚMERO DE CDP: 3	1495	FECHA	14/06/2023	NÚMERO DE CRP: 3	27622	FECHA	14/06/2023
NÚMERO DE CDP: 4	1565	FECHA	27/06/2023	NÚMERO DE CRP: 4	30032	FECHA	27/06/2023

OBJETO:	TERAPEUTA - TERAPIA RESPIRATORIA							
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	07	2023		31	07	2023
TIPO SERVICIOS	Asistencial			RESERVA DE GLOSA 2%		0		
VALOR MES	3,684,660	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:	24,164,160
VALOR EJECUTADO:	22,856,700
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,684,660
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	1,307,460
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	94.59 %

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
59404097	202,200	258,800	3	39,400	32,400	532,800
	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.

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

Y Bonilla A

YOLANDA BONILLA ALBARRACIN
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Diana Chipatecua

CHIPATECUA LOPEZ DIANA PATRICIA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA