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	
2024-06	2024-06	I	11/07/2024	78642558	$486.600	

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	184.300	0		0		0	2	300	0	184.600	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	235.900	0	0	0	0	2	400	0	236.300	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	36.000				36.000	2	100	36.100			360	36.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	29.500	2	100	29.600	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	2	0	0	0
ICBF				
0	2	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	184.300	184.600
Pensión	1	235.900	236.300
Riesgos Laborales	1	36.000	36.100
CCF	1	29.500	29.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	485.700	486.600

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	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	
2024-06	2024-06	I	11/07/2024	78642558	$486.600	

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	Estornado	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	1.474.000	235.900	0	0	0	0	EPS008	1.474.000	184.300	14-11	1.474.000	3	36.000	CCF24	1.474.000	29.500	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: DIRECCION SERVICIOS COMPLEMENTARIOS			**UNIDAD:**		**HOSPITAL SIMON BOLIVAR**			
No. DE CONTRATO: 1623-2024	**PERIODO CERTIFICADO**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**Dia**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR: OLGA PATRICIA MERA GUEVARA (E)		**1**	**07**	**2024**	**31**	**7**	**2024**
NOMBRE DEL CONTRATISTA: DIANA PATRICIA CHIPATECUA LOPEZ	**DOCUMENTO: 1023914929**						
OBJETO DEL CONTRATO: Profesional asistencial terapeuta respiratorio para la prestacion de los servicios de salud en las areas de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte.								
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 Información.	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 responsabilidades asignadas.	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. Adherirse a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales.	Cumplir con calidad y oportunidad de las ordenes medicas e interconsultas en los tiempos estipulados velando por la satisfacción del usuario, la familia y la comunidad manteniendo los estándares de productividad y los estándares de calidad descritos en las guias de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales establecidos por la Subred Norte manteniendo un grado de apropiación y adherencia del 85%. Se revisa 76 historias clínicas. Se da respuesta de 145 ordenes médicas y participación de planes de manejo, plan casero y plan de egreso de los pacientes con el debido seguimiento a la evolución y al cumplimiento de objetivos
4.Desarrollar una cultura de autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promoción, cuidado y uso racional de los recursos del Sistema Integrado de Gestión de la Calidad de la Subred Norte relacionados con la gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo, gestión documental y archivo, Sistema Único de Acreditación, Responsabilidad Social, Seguridad de la Información y Control Interno, acorde con el	Se reportan 0 sucesos de seguridad por los mecanismos establecidos por la Subred Norte con los siguientes códigos 0. Se socializa 76 derechos y deberes del mes a los pacientes y/o familiares atendidos articulado con los registros en historia clínica Se direcciona 0 pacientes a RIAS. Informacion coherente con los registros en historia clínica
5. Realizar entrega real y efectiva de toda la información correspondiente a las actividades realizadas durante el tiempo de ejecución del presente contrato y durante las fechas establecidas.	Se realiza envió de informe de estadistica mensual durante las fechas establecidas correspondiente al mes de JUNIO
6. Participar en el proceso de habilitación y acreditación de la Subred Norte, manteniendo, desarrollando e implementando la visión y la misión, impulsar y promocionar nuestro portafolio de servicios, cumplir con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, de tal manera que favorezca el proceso al interior de la institución, apoyar el trabajo en equipo en el servicio donde se encuentre, garantizar la racionalización en el uso y control de insumos	Se asistió a 1 , reuniones, capacitaciones 2 programadas por el servicio de manera presencial o virtual.
7. Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual de cada área.	Realizar las actividades que se tienen documentadas para terapia respiratoria, controlar la vigencia y cantidad de los insumos a su cargo con inventario. PRODUCTO 1: Se tomo, proceso y analizo 84 muestras de gases sanguíneos PRODUCTO 2: Se tomo 3 muestras de vía aérea: cultivos de secreción, aspirado nasofaríngeo (VSR, INFLUENZA, COVID-19, etc), PRODUCTO 3: Se apoya en 2 códigos azules, 2 intubaciones endotraqueales y 5 trasporte intra-institucional de pacientes con vía aérea artificial. PRODUCTO 4: Se apoya en 2 extubaciones de pacientes. PRODUCTO 5: Se inicia 5 pacientes con soporte de ventilación mecánica invasiva y 1 con soporte de ventilación mecánica no invasiva. PRODUCTO 6: Se realiza 0 aplicación de surfactante. PRODUCTO 7: Se realiza 15 cambio de los equipos de oxigenoterapia y aerosolterapia usados por los pacientes, según protocolos. PRODUCTO 8: Se realiza 2 micronebulizaciones, se inician 15 soportes de oxigenoterapia, pacientes con inhaloterapia 646. PRODUCTO 9: Se realizan 883 terapias respiratorias integrales. Se apoya en 83 la permeabilización de vía aérea-succión. Se realizo 84 maniobras de kinesioterapia de tórax a pacientes. PRODUCTO 10: Se dicto capacitación a 0 pacientes y a sus familiares del manejo de uso de inhaladores y oxigeno domiciliario soportado en historia clínica PRODUCTO 11: Se recibe y entrega de manera personalizada, presencial, oportuna, completa e individual 83 pacientes en el servicio asignado.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR: (TRES MILLONES SEICIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL SEICIENTOS SESENTA PESOS M/CTE $ 3.684.660)

Diana Patricia Chipatecua López

DIANA PATRICIA CHIPATECUA LOPEZ C.C 1023914929

Fecha : 31/07/2024

Documento Firmado Digitalmente

Dra .

OLGA PATRICIA MERA GUEVARA (E)

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

Secretaria 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			340330
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1023914929	
CORREO	DIANAPATRICIA.	CELULAR	3208916289	
PROCESO:	Terapias			
SERVICIO:	Terapias	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	28	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	477370048779		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1623-2024	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	

NÚMERO DE CDP: 1	166	FECHA	26/01/2024	NÚMERO DE CRP: 1	13460	FECHA	01/02/2024
NÚMERO DE CDP: 2	499	FECHA	19/04/2024	NÚMERO DE CRP: 2	24918	FECHA	23/04/2024
NÚMERO DE CDP: 3	628	FECHA	20/05/2024	NÚMERO DE CRP: 3	28274	FECHA	20/05/2024
NÚMERO DE CDP: 4	810	FECHA	20/06/2024	NÚMERO DE CRP: 4	35555	FECHA	21/06/2024
NÚMERO DE CDP: 5	923	FECHA	23/07/2024	NÚMERO DE CRP: 5	39469	FECHA	30/07/2024

OBJETO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA SALUD - TERAPEUTAS

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	07	2024		31	07	2024

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:	22,107,960
VALOR EJECUTADO:	22,107,960
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:	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
78642558	184,300	235,900	3	36,000	29,500	485,700
	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,

Diana Patricia Chipatecua López

MERA GUEVARA OLGA PATRICIA	CHIPATECUA LOPEZ DIANA PATRICIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	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.