

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	
		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	%		
		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:				4592-2020				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				7 de 7	
NÚMERO DE CDP		1242		FECHA	27/08/2020		NÚMERO DE CRP	39115		FECHA	23/09/2020		
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	9	2020		30	9	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$2,310,660									
TIPO DE SERVICIOS		ASISTENCIAL		RESERVA DE GLOSA 2%				NO APLICA					
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. Se realiza adición por 2.310.660													

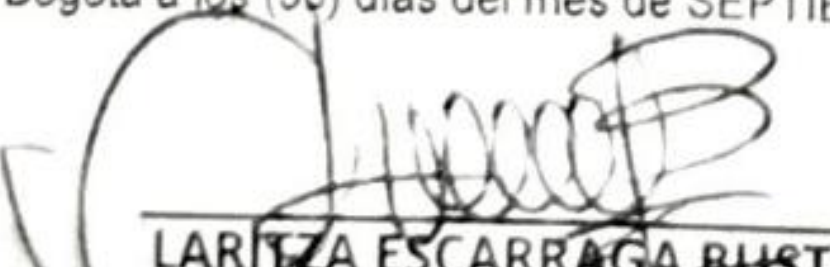
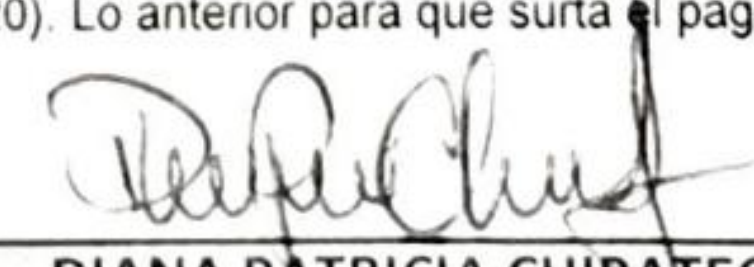
CONCEPTO		VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:		\$21,009,537
VALOR EJECUTADO		\$20,829,537
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA		\$2,310,660
VALOR A LIBERAR		\$0
SALDO POR EJECUTAR		\$180,000
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN		76%

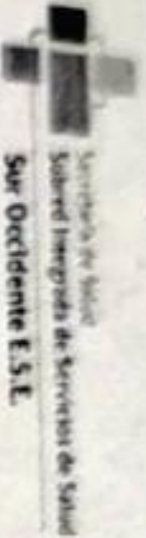
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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 \$ 2.194.508 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
44939441	\$1,276,927	\$ 159,615	\$ 204,308	3	\$ 30,061	\$ 393,984

Dado en Bogotá a los (30) días del mes de SEPTIEMBRE del año Dos Mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

 LARIZA ESCARRAGA BUSTOS NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:	 DIANA PATRICIA CHIPATECUA LOPEZ NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
---	---



INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión: 2
Fecha de aprobación: 03/04/2017
Código: 04-02-FO-0003



AL CALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:

URGENCIAS

No. DE CONTRATO:

4593-2020

Periodo certificado desde el

PABLO VI
Día: 1 Mes: 9 Año: 2,020
C. C. 1,023.914.929 DE 800074

NOMBRE DEL CONTRATISTA:

DIANA PATRICIA CHIRIPATECUA LOPEZ

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión 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 institución.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI ☒ 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 rehabilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades físicas 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 rehabilitación/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 proceso de rehabilitación/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 normalidad 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. Disgenciar 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
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 - ALMERA
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
13. Informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de rehabilitación/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 - LIBROS DE REGISTRO
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
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	APLICACION 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 de letras): 2,319,680 dos millones trescientos diez mil seiscientos sesenta pesos

DIANA PATRICIA CHIRIPATECUA LOPEZ E.C. 1323914829
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.

DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	1023814929	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	
UNICA	1 – Independiente				BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	
							NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				EMPL/EAOS	UPC
2020-08	2020-08	I	01/09/2020	44839441	1	0
					TOTAL A PAGAR	
					\$515.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD		
Código EPS	Nombre	NIT
EPS008	Compensar EPS	850066942-7
		208.400

UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Colización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
0		0		0	0	0	0	208,400	1

TOTALES PENSIÓN

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	266.800	0	0	0	0	0	0		266.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

[illegible]**TOTALES CAJAS**

Código CCF	TOTALS CAJAS	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
	Nombre						
	TOTALES POR SUBSISTEMA						
				No. Administradoras	Valor antes de IGE, LMA,	Total a Pagar	

TOTAL ES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	208.400	208.400
Pensión	1	266.800	266.800
Riesgos Laborales	1	40.700	40.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	515.900	515.900

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 \$ 2.310.660 (DOS MILLONES TRESCIENTOS DIEZ MIL SEISCIENTOS SESENTA PESOS) por concepto de: PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD COMO TERAPEUTA RESPIRATORIA durante el periodo de 1 al 30 de SEPTIEMBRE de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4592-2020



NOMBRE DE CONTRATISTA

DIANA PATRICIA CHIPATECUA LÓPEZ

C.C.1.023.914.929 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 4773 7004 8779