| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**<br>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN | CÓDIGO: AP-CT-F-16-08<br>VERSIÓN: 8<br>PÁGINA: 1 DE 1<br>FECHA: 28/07/2020 |

## INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: **CHIPATECUA LOPEZ DIANA PATRICIA** | | | |
| **TIPO DE DOCUMENTO:** | **C.C X C.E** | **NO.** | **1023914929** |
| CELULAR:<br>**3208916289** | CORREO ELECTRÓNICO:<br>**dianapatricia.15@hotmail.com** | SEDE:<br>**HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR** | CENTRO DE COSTOS:<br>**HSBM12 - A T TERAPIA RESPIRATORIA USS SIMÓN BOLÍVAR** |
| PROCESO:<br>**DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS** | | SERVICIO:<br>**ASISTENCIAL** | |
| ENTIDAD FINANCIERA:<br>**BANCO DAVIVIENDA** | TIPO DE CUENTA:<br>**AHORROS** | NUMERO DE CUENTA BANCARIA:<br>**477370048779** | |
| **PENSIONADO:** | **SI No X** | | |

## INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:<br>**1600-2026** | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO:<br>**4** | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **CDP 1** | 164 | **FECHA** | 22/01/2026 | **CRP 1** | 9748 | **FECHA** | 01/02/2026 |
| **CDP 2** | 703 | **FECHA** | 20/05/2026 | **CRP 2** | 19658 | **FECHA** | 22/05/2026 |
| **CDP 3** | – | **FECHA** | – | **CRP 3** | – | **FECHA** | – |
| **CDP 4** | – | **FECHA** | – | **CRP 4** | – | **FECHA** | – |
| **CDP 5** | – | **FECHA** | – | **CRP 5** | – | **FECHA** | – |
| **CDP 6** | – | **FECHA** | – | **CRP 6** | – | **FECHA** | – |

OBJETO DEL CONTRATO: **Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/ o asistencial en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.**

| **PERIODO CERTIFICADO:** | **DESDE** | | | **HASTA** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **DÍA** | **MES** | **AÑO** | **DÍA** | **MES** | **AÑO** |
| | **01** | **05** | **2026** | **31** | **05** | **2026** |

| | | |
|---|---|---|
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:<br>**$ 3.993.048** | TIPO DE SERVICIOS:<br>**ASISTENCIAL** | VALOR HORA / DÍA:<br>**$ 21.468** |

**OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)**

Debe corregir el producto en el informe de actividades por favor colocar cantidades.

## CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | **$ 19.965.240** |
| VALOR EJECUTADO | $ 11.979.144 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | **$ 3.993.048** |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS | 186 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES | 186 |
| SALDO POR EJECUTAR | $ 7.986.096 |
| VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación) | $ 0 |
| **PORCENTAJE DE EJECUCIÓN** | **60.0 %** |

**El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:** De conformidad al decreto 1273 de 2018, el supervisor certifica que los aportes pagados en la planilla de seguridad social (EPS, Pensiones y ARL) del mes anterior corresponden al periodo a certificar. **El supervisor del contrato hace constar que los datos registrados en la presente certificación de cumplimiento fueron debidamente revisados y son veraces.**

| IBC DE COTIZACIÓN Mes Vencido | APORTE SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSIÓN 16% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES | Número de Planilla Mes Vencido |
|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.750.905 | $ 218.900 | $ 280.200 | III | $ 42.700 | **$ 541.800** | 83642662 |

Dado en Bogotá a los **31** días del mes de **Mayo** del año **2026**. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR**
ANDREA SANDOVAL CASTRO
CC: 52770916

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA**
CHIPATECUA LOPEZ DIANA PATRICIA
CC: 1023914929

| | | |
|---|---|---|
| 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 |
| | | VERSIÓN: 4 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN CONTRACTUAL | PÁGINA: 1 DE 1 |
| | | FECHA: 07/11/2024 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ÁREA Y/O SERVICIO: **DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS** | UNIDAD: **HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR** | | | | | | |
| No. DE CONTRATO: **1600-2026** | PERIODO CERTIFICADO | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: **ANDREA SANDOVAL CASTRO** | | 01 | 05 | 2026 | 31 | 05 | 2026 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: **CHIPATECUA LOPEZ DIANA PATRICIA** | DOCUMENTO: **1023914929** | | | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: **Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/ o asistencial en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.** | | | | | | | |
| TOTAL DE EJECUCIÓN (%): **60.0 %** | | | | | | | |

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | ACTIVIDADES REALIZADAS |
|---|---|
| 1 Realizar recibo y entrega de pacientes en el servicio asignado de manera presencial, personalizada, oportuna, completa e individual | 1. Realizo el recibo y entrega de pacientes en el servicio asignado de manera presencial, personalizada, oportuna, completa e individual. |
| 2 Realizar valoración de los pacientes con orden médica para terapia respiratoria de acuerdo con lo solicitado promoviendo la satisfacción de las necesidades del paciente de manera oportuna | 2. Valoro a los pacientes con orden médica para terapia respiratoria, promoviendo la satisfacción de sus necesidades de manera oportuna. |
| 3 Realizar las actividades que se tienen documentadas para terapia respiratoria en la Subred Norte con una adherencia mayor al 80% y cumplir con las acciones establecidas si presenta alguna desviación | 3. Ejecuto las actividades documentadas para terapia respiratoria en la Subred Norte con una adherencia superior al 80% y cumplo con las acciones correctivas ante cualquier desviación. |
| 4 Toma, procesamiento y análisis de muestras de gases sanguíneos | 4. Realizo la toma, procesamineto y analsis de muestras de gases sanguineos |
| 5Toma de muestras de vía aérea: cultivos de secreción, aspirado nasofaríngeo (VSR, INFLUENZA, COVID-19, etc), | 5. Tomo muestras de vía aérea, incluyendo cultivos de secreción y aspirados nasofaríngeos (VSR, Influenza, COVID-19, entre otros). |
| 6 Apoyar en códigos azules, intubaciones endotraqueales y trasporte intrainstitucional de pacientes con vía aérea artificial | 6. Apoyo en códigos azules, intubaciones endotraqueales y en el transporte intrainstitucional de pacientes con vía aérea artificial. |
| 7 Realizar micronebulizaciones, iniciar soportes de oxigenoterapia, pacientes con inhalo terapía | 7. Realizo micronebulizaciones e inicio soportes de oxigenoterapia e inhaloterapia según los requerimientos del paciente. |
| 8 Realizar extubaciones y decanulaciones de pacientes con vía aérea artificial | 8. Llevo a cabo extubaciones y decanulaciones de pacientes con vía aérea artificial. |
| 9 Intervenir pacientes con soporte de ventilación mecánica invasiva y con soporte de ventilación mecánica no invasiva | 9. Intervengo a pacientes con soporte de ventilación mecánica, tanto invasiva como no invasiva. |
| 10 Aplicación de surfactante en los pacientes que lo requieran según lo documentado por la Subred Norte | 10. Aplico surfactante a los pacientes que lo requieran, siguiendo los protocolos documentados por la Subred Norte. |
| 11 permeabilización de vía aérea- succión de acuerdo con los Instructivos institucionales 12Realizar maniobras de kinesioterapia de tórax a pacientes de acuerdo con los instructivos de la Subred Norte | 11. Realizo la permeabilización de la vía aérea mediante succión, de acuerdo con los instructivos institucionales. 12. Ejecuto maniobras de kinesioterapia de tórax siguiendo los lineamientos de la Subred Norte. |
| 13 Brindar educación al paciente, familia o cuidador sobre derechos y deberes, rutas de promoción y mantenimiento, plan casero, Hábitos de vida saludable, alimentación adecuada, uso adecuado del oxígeno domiciliario, uso de medicamentos) | 13. Brindo educación al paciente y su familia sobre derechos, deberes, rutas de promoción, plan casero, hábitos saludables y uso adecuado de oxígeno y medicamentos. |
| 14 Realizar registro completo y con calidad de las histonas clínicas en el sistema de información de acuerdo con los parámetros establecidos en la resolución 1995 de 1999 y los definidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte | 14. Diligenciamiento de forma completa y con calidad las historias clínicas en el sistema, bajo los parámetros de la Resolución 1995 de 1999 y la Subred Norte. |
| 15 Realizar cambio de los equipos de oxigenoterapia y aerosol terapía usados por los pacientes, según la documentación de la Subred Norte | 15. Efectúo el cambio de equipos de oxigenoterapia y aerosolterapia utilizados por los pacientes, según la normativa interna. |
| 16 Controlar la vigencia y cantidad de los insumos a su cargo con inventario cumpliendo con los lineamientos del comité de tecnovigilancia | 16. Controlo la vigencia y el inventario de los insumos a mi cargo, cumpliendo con las directrices del comité de tecnovigilancia. |
| 17 Realizar reporte de actividades realizadas de acuerdo con las directrices establecidas en la Subred Norte y enviadas a sistemas el primer día hábil del mes siguiente | 17. Reporto las actividades realizadas según las directrices de la Subred Norte, enviándolas a sistemas el primer día hábil de cada mes. |

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | ACTIVIDADES REALIZADAS |
|---|---|
| 18 Realizar el Informe de actividades, reportar y pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral conforme a las reglas y términos de la normatividad vigente durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos | 18. Elaboro mi informe de actividades y gestiono el pago de mis aportes a seguridad social conforme a la ley y los términos de mi contrato. |
| 19Desarrollar una cultura de autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promoción, cuidado y uso racional de los recursos e insumos médico- quirúrgicos durante la prestación de los servicios | 19. Promuevo una cultura de autocontrol, cuidado y uso racional de los recursos e insumos médico-quirúrgicos durante mi labor. |
| 20Participar 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, | 20. Participo activamente en los procesos de habilitación y acreditación, impulsando la misión, visión y cultura organizacional de la institución. |
| 21 Apoyar el trabajo en equipo en el servicio donde se encuentre, así como conocer e interiorizar los principios y valores institucionales y operativos en el quehacer de la entidad, haciendo énfasis en el trato digno y humanizado del cliente interno y externo | 21. Fomento el trabajo en equipo y aplico los principios institucionales, priorizando siempre el trato digno y humanizado hacia el usuario y mis compañeros. |

OBSERVACIONES:

186 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR:

**$ 3.993.048 — TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y TRES MIL CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE**

Fecha: 31/05/2026



_____

**NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA**
CHIPATECUA LOPEZ DIANA PATRICIA
CC: 1023914929

Fecha: 31/05/2026



**FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR**
ANDREA SANDOVAL CASTRO
CC: 52770916

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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** DIANA PATRICIA CHIPATECUA LOPEZ
**No. Identificación:** CC1023914929
**Dirección:** CRA 14 A ESTE # 58 A 55 SUR
**Telefono:** 3208916289
**Correo:** dianapatricia.15@hotmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 83642662

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | DIANA PATRICIA CHIPATECUA LOPEZ |
| **Tipo y número de identificación** | CC1023914929 |
| **Número de planilla** | 83642662 |
| **Fecha pago** | 2026-05-19 |
| **Número de autorización pago** | 2223266 |
| **Banco** | 1083 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | abril de 2026 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | abril de 2026 |
| **Número de Administradoras** | 4 |
| **Total Pagado** | 579200 |
| **Total Intereses de Mora** | 2300 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 42900 | 1 |
| 230301 | Porvenir | 281300 | 1 |
| CCF24 | Compensar Caja de Compensacion Fliar | 35300 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 219700 | 1 |

83642662

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1023914929
APELLIDOS Y NOMBRES: DIANA PATRICIA CHIPATECUA LOPEZ

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 230301 | 1750905 | 1750905 | 1750905 | 1750905 | 218900 | 0 | 280200 | 0 | 42700 | 35100 |

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