

 Ministerio de Salud y Protección Social Sur Decidimos E.S.P.		CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA		Versión: 3 Fecha de aprobación: 15/02/2018 Código: 04-02-FO-0002	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
---	--	--	--	--	---

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA: NOMBRE DEL CONTRATISTA: DIANA PATRICIA CHIPATECUA LOPEZ TIPO DE DOCUMENTO: C.C. ☒ X C.E. ☐ CORREO ELECTRÓNICO: DIANAPATRICIA.15@HOTMAIL.COM CELULAR: 3208916280 UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: PABLO VI UBICACIÓN DEL SERVICIO: DIRECCIÓN DE AMBULATORIOS CENTRO DE COSTOS: Centro de costo 100 PA16M07 ENTIDAD FINANCIERA: DAVIVIENDA TIPO DE CUENTA: Ahorros NÚMERO 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 N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 1 de 1 NÚMERO DE CDP: 30 FECHA: 08/01/2021 NÚMERO DE CRP: 11839 FECHA: 31/01/2021 OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL ÁREA DE REHABILITACIÓN DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.P. DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL.									
PERIODO CERTIFICADO: DESDE: 1 DE 2021 HASTA: 28 DE 2021 VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$2.883.384 TIPO DE SERVICIOS: ASISTENCIAL RESEÑA DE GLOSA 2% NO APLICA									
OBSERVACIONES:									
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO CONCEPTO VALORES VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: \$9.912.312 VALOR EJECUTADO: \$2.984.352 VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: \$2.984.352 VALOR A LIBERAR: \$- SALDO POR EJECUTAR: \$6.927.960 PORCENTAJE DE EJECUCIÓN: 33%									
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 COTIZACIÓN: \$1.112.162 APOORTE A SALUD: \$139.020 APOORTE PENSION 16%: \$177.946 NIVEL ARL: 3 APOORTE ARL: \$27.054 TOTAL APORTES: \$344.020									
Dado en Bogotá a los (28) días del mes de FEBRERO del año Dos Mil veinti uno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente.									
EVELING CAPEBA NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:					DIANA PATRICIA CHIPATECUA LOPEZ NOMBRE Y FIRMA EL CONTRATISTA:				

1684

IMPORTE DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Verificación	2
Fecha de aprobación	03/04/2017
Código	04-02-FO-0003
ALCALDE MAYOR DE MOCTEZUMA D.F.	

Unidad del Servicio: URBECENS

No. de Contrato: 1376-2021

Nombre del Contratista: DANA PATRICIA CHATECUAL LÓPEZ

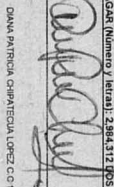
Periodo certificado desde el

Periodo	Desde	Hasta	Periodo	Desde	Hasta
	1	2		1	2
	2017	2017		2017	2017

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 ATENCIÓN Y APOYO TERAPÉUTICO INTEGRAL EN PACIENTES	HISTORIA CLÍNICA DINÁMICA
2. Ejecución del plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionados 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 ATENCIÓN Y APOYO TERAPÉUTICO	HISTORIA CLÍNICA DINÁMICA
3. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes.	SI	DILIGENCIAR HISTORIA CLÍNICA	HISTORIA CLÍNICA DINÁMICA
4. Participar en las actividades de recolección, 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 CLÍNICA	HISTORIA CLÍNICA DINÁMICA
5. Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su ingreso.	SI	EDUCACIÓN AL PACIENTE O SU CUIDADOR	HISTORIA CLÍNICA DINÁMICA
6. Llevar registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los datos de los usuarios, para los cuales se requieran los registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de control y facturación.	SI	LIBROS DE REGISTRO Y ESTADÍSTICA - INFORMES SALA ERA	LIBROS DE REGISTRO ACTIVIDADES E HISTORIA CLÍNICA
7. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	SI	REPORTES DE SALA ERA	REPORTES DE SALA ERA
8. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en las análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	SI	ELABORACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA - LIBROS DE REGISTROS	REPORTES DE SEGURIDAD - PLANES DE MEJORA
9. Disponer en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad.	SI	CONSULTA DE ATENCIÓN Y APOYO TERAPÉUTICO	HISTORIA CLÍNICA DINÁMICA
10. Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	SI	EDUCACIÓN AL PACIENTE O SU CUIDADOR	HISTORIA CLÍNICA DINÁMICA
11. Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	SI	PARTICIPAR EN LA ACTUALIZACIÓN DE GUÍAS	HISTORIA CLÍNICA DINÁMICA
12. Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio.	SI	REGISTRO EN HISTORIA CLÍNICA - SOLICITUD DE INSUMOS	HISTORIA CLÍNICA DINÁMICA
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 entregadas a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	SI	REGISTRO EN HISTORIA CLÍNICA - LIBROS DE REGISTRO	HISTORIA CLÍNICA DINÁMICA
14. Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para considerar la producción mensual del área.	SI	REGISTRO HISTORIA CLÍNICA - APLICAR PROCESOS DE MANUAL DE CALIDAD	ELEMENTOS DE INVENTARIO
15. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Salud Sur Occidente.	SI	VEJAR Y RESPONDER POR LOS RECURSOS Y ADECUADO FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS	FIJAS DE ASISTENCIA
16. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y mantenerlos eventuales a los cuales sea convocado.	SI	ASISTIR A CAPACITACIONES Y REUNIONES	HISTORIA CLÍNICA DINÁMICA - ALMEJA
17. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, talleres y eventos de los usuarios y los procedimientos establecidos por la Salud, además de apoyar la implementación de los mismos.	SI	APLICACIÓN GUÍAS DE MANEJO, PROTOCOLOS	ENTREGA DE SOPORTES FÍSICOS
18. Entregar la constancia de atención y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	SI	REALIZACIÓN DE PAGOS MENSUALMENTE	SI ES NECESARIO
19. Entregar la constancia de atención y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	SI	ACTIVIDADES AFINES CON LA NATURALEZA DEL CONTRATO	
20. Las demás actividades indicadas afines con la naturaleza del contrato.	SI		

TOTAL A PAGAR (Número y letra): 2,984,312 DOS MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL TERCIENTOS DOCE PESOS MTE



 1023.914929 Baya H

Nombre completo, cédula y firma del contratista

Fecha: 26 / 02 / 2021 Firma de recibido supervisor



Nota: El informante para su aprobación deberá sufragio a la certificación de cumplimiento del contrato que emita 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 \$ 2,984,312 DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL
TECIENTOS DOCE PESOS M/TE por concepto de: PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD
COMO TERAPEUTA RESPIRATORIA durante el periodo de 1 al 28 de FEBRERO de
conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1376-2021

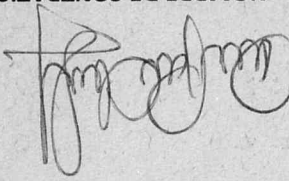
NOMBRE DE CONTRATISTA

DIANA PATRICIA CHIPATECUA LÓPEZ

C.C.1.023.914.929 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 4773 7004 8779


1.023.914.929
Bogotá

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023914929	DIANA PATRICIA CHIPATECUA LOPEZ	CRA 14 A ESTE # 58 A 59 SUR	3654426	dianapatrica.156@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	NO
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)		TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
						EMPL/EAOS	UPC
						1	0
PERIODO SALUD		PERIODO PENSIONES		I	08/02/2021	TOTAL A PAGAR	
2021-01		2021-01				48513459	\$549,700

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	262.500	0	0	0	0	0	0
									262.500
									0
									1

TOTALES PENSION									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Substancia	Días Mora	Valor Mora Cotización
230301	Porvenir	800224808-8	336.000	0	0	0	0	0	0
									336.000
									1

TOTALES RESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización
				No. Autorización	Valor				
14-11	ARL SURA	890903790-5	51.200				51.200	0	0
									51.200
									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, IFP y Mora	Total a Pagar	
Salud	1	262.500	262.500	
Pension	1	336.000	336.000	
Riesgos Laborales	1	51.200	51.200	
CCF	0	0	0	
ESAP	0	0	0	
ICBF	0	0	0	
MEN	0	0	0	
SENA	0	0	0	
TOTALES	3	649.700	649.700	