Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	GLORIA PATRICIA USSA GOMEZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52068937						
CORREO ELECTRONICO:	JJP660@HOTMAIL.COM				CELULAR:	3213839067						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	**SUB RED SUROOCIDENTE PAPS BRITALIA**											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	CONSULTA EXTERNA				SEDE:	SUR						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	SU54-E01	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7590324815								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS				
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	430-2021	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	4 DE 4	
NÚMERO DE CDP	627	29/04/2021	**NÚMERO DE CRP**	28146	**30/04/2021**
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL AREA DE SALUD ORAL DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.**, DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INTITUCIONAL.			

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	5	2021		31	5	2021
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.612.620							
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 0%						
OBSERVACIONES: VALOR TOTAL DE HONORARIOS $1.612.620 VALOR HORA 8.670 PARA UN TOTAL DE 186 HORAS								

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$6.450.480
VALOR EJECUTADO	$6.450.480
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$ 1.612.620
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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 COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8349945026	**$908.526**	$113.566	$145.364	3	$22.132	**$281.062**

DADO EN BOGOTA AL (31) MES DE MAYO DEL DOS MIL VEINTIUNO (2021) LO ANTERIOR PARA QUE SURTA EL PAGO PERTINENTE CORDIALMENTE.

JEFE INGRID CAMACHO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

GLORIA PATRICIA USSA GOMEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	1/07/2020	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	CONSULTA EXTERNA			Sede: USS 68 BRITALIA					
NO: DE CONTRATO: 430-2021	Período certificado desde el	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	Año
		1	5	2.021	31	5	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	GLORIA PATRICIA USSA GOMEZ	C. C.	52.068.937	DE	BOGOTA D.C.		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como AUXILIAR DE DONOTOLOGIA/HIGIENISTA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SEVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., de acuerdo a las necesidades de la institucion.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO _X__ Servicios: SI _X__ NO_____ NO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Apoyar al profesional del servicio en las actividades del área	SI	**1. Asistencia al profesional en odontologia en la realizacion de los procedimientos.**	Asistencia al profesional en odontologia en la realizacion de los procedimientos diariamente .
Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas.	SI	**2. Asistencia a los usuarios en la necesidads que para su bien sean convnientes durante la prestacion del servicio**	Asistencia a los usuarios en la necesidads que para su bien sean convnientes durante la prestacion del servicio
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	SI	**3. Registro diario de las actividades de verificacion y sopote en los formatos destinados para dichas actividades**	**Registro diario de las actividades de verificacion y sopote en los formatos destinados para dichas actividades**
Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia.	SI	**4, Realizar las acciones de promocion en salud oral intramural para promover las practicas adecuadas favoreciendo estilos de vida saludable en los usuarios**	Realizar las acciones de promocion en salud oral intramural para promover las practicas adecuadas favoreciendo estilos de vida saludable en los usuarios.
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	SI	**5, Mediante el cumplimiento de las políticas del hospital y lineamientos establecidos,participando en reuniones y actividades requeridas para el buen desarrollo de los procesos**	Mediante el cumplimiento de las políticas del hospital y lineamientos establecidos,participando en reuniones y actividades requeridas para el buen desarrollo de los procesoS ULC
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	SI	**6,Registro diario consolidado mensual de las actividades realizadas en su empleo.**	Registro diario consolidado mensual de las actividades realizadas
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	**7,Promoevo el cuidado y custodia del patrimonio institucional y respondo por los elementos dados a mi responsabilidad.**	Promoevo el cuidado y custodia del patrimonio institucional y respondo por los elementos dados a mi responsabilidad.
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	NO	**8Participación en actividades intra y extramurales programadas por el hospital para el cumplimiento de metas y atencion a la comunidad**	NO SE PROGRAMO
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	SI	**9,Solicitud el mantenimiento correctivo de los equipos oportunamente al supervisor de la orden**	Solicitud de mantenimiento correctivo de los equipos oportunamente al supervisor de la orden, cuando así se requirió.
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	SI	**10, Aplicó lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio dando cumplimiento a los estándares institucionales.**	Adherencia a las guias de manejo en atencion al usuario .seguir lineamientos y reglamento interno de la institucion
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos institucionales	SI	**11, Participación en actividades intra y extramurales programadas por el hospital para el cumplimiento de metas y atencion a la comunidad**	SE APOYO EN LO REQUERIDO POR LA INSTITUCION
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	SI	**12, Registro diario consolidado mensual de las actividades realizadas en su empleo.**	**Registro diario consolidado mensual de las actividades realizadas**
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	SI	**13, Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente**	**Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente**
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	SI	**14. Esterilización y prepararación del material medico quirurgico,instrumental , equipo y elemento a su empleo.**	Material medico quirurgico,instrumental , equipo y elementos preparados e esterilizados cotidianamente.: SE CUMPLIO
En caso de presentarse un caso fortuito o fuerza mayor que impida asistir a la consulta, informar al supervisor del contrato.	SI	**15. Informo al supervisor del contrato de ser necesario la inasistencia al servicio**	Informo al supervisor del contrato de ser necesario la inasistencia al servicio
)Uso adecuado de la bata y carnet según lineamiento institucional, incluye el cumplimiento de la estrategia "Quitate la bata" en el contexto de seguridad del paciente.	SI	**16. Aplicó lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio dando cumplimiento a los estándares institucionales.**	aplicar durante la consulta todos los lineamientos y adherencia las guías realizando procedimientos seguros
Participar activamente en las capacitaciones a las que sea asignado	SI	**17. Participación en actividades intra y extramurales programadas por el hospital para el cumplimiento de metas y atencion a la comunidad**	ASISTI A LOS CONVERSATORIOS Y ULC DE ODONTOLOGIA PARA MES DE MAYO 2021

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (NUMERO Y LETRAS): UN MILLON SEISCIENTOS DOCE MIL SEISCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE ($1.612.620)

Patricia Ussa Gomez 52.068.937.

NOMBRE COMPLETO. CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha : 1/6/2021

Firma de recibido supervisor:

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

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

Señor(a): GLORIA PATRICIA USSA GOMEZ
No. Identificación: CC52068937
Dirección: CRR 77 P 49 - 33 SUR
Telefono: 8118510
Correo: JJP660@HOTMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8349945026

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	GLORIA PATRICIA USSA GOMEZ
Tipo y número de identificación	CC52068937
Número de planilla	8349945026
Fecha pago	2021-05-07
Número de autorización pago	59240356
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	abril de 2021
Periodo de Cotización Pensión	abril de 2021
Número de Administradoras	3
Total Pagado	281200
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	22200	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	145400	1
EPS008	Compensar EPS	113600	1

8349945026

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52068937
APELLIDOS Y NOMBRES: GLORIA PATRICIA USSA GOMEZ

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	25-14	908526	908526	908526	0	113600	0	145400	0	22200	0

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

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	GLORIA PATRICIA USSA-ENERO21.pdf (Archivado)	GLORIA PATRICIA USSA-ENERO21.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Gloria Ussa-Febrero	Gloria Ussa-Febrero para el secop.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	GLORIA PATRICIA USSA-MARZO.pdf	GLORIA PATRICIA USSA-MARZO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	GLORIA USSA - ABRIL.pdf	GLORIA USSA - ABRIL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

DOCUMENTO EQUVALENTE A FACTURA

LA SUDRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDNETE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A

GLORIA PATRICIA USSA GOMEZ

CC 52.068.937 DE BOGOTA

La suma de **$ 1.612620** (Un millón Seiscientos Doce Mil Seiscientos Veinte pesos mda/cte), por concepto de Prestar servicios de apoyo asistencial en el área de Salud Oral, como Auxiliar de Odontologia durante el periodo del 01 al 31 DE MAYO del 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 430-2021**

Patricia Ussa

GLORIA PATRICIA USSA GOMEZ

CC 52.068.937 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORRO BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 7590324815