| 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 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 15/02/2018 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0002 | |

| 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 | | | 5 DE 5 | | |
| **NÚMERO DE CDP** | 755 | 25/05/2021 | | **NÚMERO DE CRP** | 29893 | | **31/05/2021** | | |
| 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 | 6 | 2021 | | 30 | 6 | 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: | $8.063.100 |
| VALOR EJECUTADO | $8.063.100 |
| **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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **8350592143** | **$908.526** | $113.566 | $145.364 | 3 | $22.132 | **$281.062** |

DADO EN BOGOTA AL (30) MES DE JUNIO 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. SALUD |
|---|---|---|---|---|
| | | 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 | Periodo certificado desde el | | DIA | MES | AÑO | DIA | MES | Año |
| | | | 1 | 6 | 2.021 | 30 | 6 | 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 politicas del hospital y lineamientos establecidos,participando en reuniones y actividades requeridas para el buen desarrollo de los procesos** | Mediante el cumplimiento de las politicas 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 fortdito 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 camet 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 JUNIO 2021** |

**OBSERVACIONES:**

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

52068.937 1319

NOMBRE COMPLETO. CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha: 1

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:** 8350592143

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** | 8350592143 |
| **Fecha pago** | 2021-06-08 |
| **Número de autorización pago** | 43580156 |
| **Banco** | 1023 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | mayo de 2021 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | mayo de 2021 |
| **Número de Administradoras** | 3 |
| **Total Pagado** | 281200 |
| **Total Intereses de Mora** | 0 |

| 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 |

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

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 Odontología durante el periodo del 01 al 30 DE junio del 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 430-2021**

GLORIA PATRICIA USSA GOMEZ

CC 52.068.937 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORRO BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 7590324815

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? Si 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 |
| | CUENTA DE COBRO MAYO 2021.xlsx (Archivado) | CUENTA DE COBRO MAYO 2021.xlsx | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | GLORIA PATRICIA USSA MAYO 2021 (1).pdf | GLORIA PATRICIA USSA MAYO 2021 (1).pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >