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: 8368459620

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	GLORIA PATRICIA USSA GOMEZ	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC52068937	**Periodo de Cotización Salud**	junio de 2023
Número de planilla	8368459620	**Periodo de Cotización Pensión**	junio de 2023
Fecha pago	2023-07-13	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	19274173	**Total Pagado**	359500
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	600

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	28400	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	185900	1
EPS008	Compensar EPS	145200	1

8368459620

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	1160000	1160000	1160000	0	145000	0	185600	0	28300	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

5648-2022

GLORIA PATRICIA USSA GOMEZ

CC 52.068.937 DE BOGOTA

La suma de **$ 1851816** (**Un Millón Ochocientos Cincuenta y un mil Ochocientos Dieciséis** 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 31 De JULIO del 2023** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 5648-2022**



GLORIA PATRICIA USSA GOMEZ

CC 52.068.937 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORRO BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 7590324815

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.
	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	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:	8021039		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ODONTOLOGIA GENERAL 79 CARVAJAL				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	SU57E01	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7590324815					PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO	5648			VIGENCIA	2022		
NÚMERO DE CDP	788	FECHA	2023-04-12 10:27:35.000	NÚMERO DE CRP	20448	FECHA	2023-04-17 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR ODONTOLOGIA Y/O HIGIENE ORAL						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2023-07-01		2023-07-31			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1,851,816						
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%	N/A				

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.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$39,523,342
VALOR EJECUTADO	$30,259,875
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,851,816
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$9,263,467
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	77%

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 $2.194,507 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
8368459620	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Jorge Enrique Soler Duque
79112186
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

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

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Apoyar al profesional del servicio en las actividades del área	1:ASISTIR AL PROFESIONAL EN LA ATECION AL PACIENTE ,	1:CARPETAS DE SOPORTE DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LA ATENCION
Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas.	"2. SUPLIR LAS NECESIDADES DEL PACIENTE Y SU FAMILIA "	2:SE ATIENDA PACIENTE Y SE ENTREGA CODIGOS PARAPROXIMO CONTROL
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	3:REGISTRO DIARIO DE VERIFICACION Y SOPORTE EN LOS FORMATOS DESTINADOS PARA LAS DIFERENTES ACTIVIDADES ,	3:DILIGENCIAMIENTO DE LOS FORMATOS
Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia.	4:REALIZAR PROMOCION Y PREVENCION DE SALUD ORAL	4:SE ENRUTA PACIENTE PARA SOLICITAR CITA Y ENTREGA DECODIGOS
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	5:CUMPLO LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD PARA LA ATENCION DE CADA PACIENTE "	5:LIMPIEZA Y DESINFECCION
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	"6:INFORME MENSUAL AL SUPERVISOR "	6:":SE ENTREGA FORMATOS DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS MENSUAL
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	7:CUIDAR LOS EQUIPOS Y ESTAR PENDIENTE DEL MANTENIMIENTO DE LOS MISMOS	7:MANTENERLOS EN BUEN ESTADO Y EN ORDEN
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	8.ASISTIR A REUNIONES DE CONVERSATORIO, ASEGURATE, ULC ,UAT ODONTOLOGIA	8:LISTADO DE ASISTENCIAS REUNIONES
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	9:REALIZAR TICKETS DE CADA DAÑO Q SE PRESENTE POR EL SERVICIO	9:ALMERA, SEGURIDAD DEL PACIENTE, TICKEST
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	10:SE DA CUMPLIMIENTO A LAS PROCEDIMIENTOS DE ODONTOLOGIA ESTABLECIDOS POR LA SUBRED	10:NORMAS BIOSEGURIDAD, LIMPIEZA Y DESINFECCION, ADECUADO MANEJO DE RESIDUOS E INSUMOS
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos institucionales	11:SE APOYA A LA SUBRED EN LA ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS REALIZADOS POR LOS PROFESIONALES	11;ENTREGA DE INSUMOS
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	12, SE DILIGENCIA EN EL INFORME MENSUAL LAS ACTIVIDADES REALIZADAS A CADA PACIENTE CON SU RESPECTIVA FACTURA	12:INFORME MENSUAL
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	13:SE ENTREGA MENSUALMENTE LA CERTIFICACION DE PAGO , CERTIFICACION DE ACTIVIDADES Y PLANILLA DE PAGO CORRESPONDIENTE AL MES	13:CUENTA DE COBRO
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	14:SE REALIZAN ACTIVIDADES QUE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO DESIGNE ACORDES A MIS ACTIVIDADES	14;ASISTENCIA ENPROCEDIMIENTOS,CUMPLIMIENTO DE HORARIO, LIMPIEZA Y DESINFECCION, ESTERILIZACION
En caso de presentarse un caso fortuito o fuerza mayor que impida asistir a la consulta, informar al supervisor del contrato.	15: INFORMO AL SUPERVISOR DEL CONTRATO DE SER NECESARIO LA INASISTENCIA AL SERVICIO.	15: INFORMO OPORTUNAMENTE EN CASO DE SOLICITAR PERMISO POR EL APLICATIVO SURESOC.
)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.	16:APLICO LINEAMIENTOS,NORMAS ,GUIAS Y PROTOCOLOS QUE SE GARANTICEN EN LA ADECUADA PRESTACION DEL SERVICIO DANDO CUMPLIMIENTO A LOS ESTANDARES INSTITUCIONALES.	16:UTILIZO RESPONSABLEMENTE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
Participar activamente en las capacitaciones a las que sea asignado	17:PARTICIPACION DEN ACTIVIDADES INTRA Y EXTRAMULARES PROGRAMADAS POR EL HOSPITAL PARA EL CUMPLIMIENTO DE METAS Y LA ATENCION A LA COMUNIDAD.	17.ASISTI A LOS CONVERSATORIOS Y ULC Y DEMAS ACTIVIDADES QUE REQUIERA LA SURED.

Copia Controlada Subred Sur Occidente

Jorge Enrique Soler Duque
79112186
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente