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:	S ORAL ODONTOLOGÍA GENERAL USS 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	2622			VIGENCIA	2024		
NÚMERO DE CDP	328	FECHA	2024-01-20 16:49:01.000	NÚMERO DE CRP	14897	FECHA	2024-02-01 13:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR ODONTOLOGIA Y/O HIGIENE ORAL						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2024-04-01		2024-04-30			
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:	$5,555,448
VALOR EJECUTADO	$5,555,448
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,851,816
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 $2.194,507 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
75436355	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2024. 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
1:Apoyar al profesional del servicio en las actividades del área.	1:Asistir al Profesional en la Atención al Paciente ,	1: Carpetas de Soporte de Consentimientos Informados de la Atención
2. Atender la consulta programada con el rendimiento establecido en la Subred(higienista).	2. No aplica	2. No aplica
3. Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.	3. No aplica	3. No aplica
4. Remitir a los pacientes a odontología general para continuar tratamiento cuando sea necesario (higienista).	4:No aplica	4:No aplica
5. Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	. 5:Cumplo de manera adecuada con los manuales establecidos por la institución.	5: limpieza y desinfección -reúso de fresas
6. Contribuir en la evaluación de actividades de impacto en la prestación de servicios de salud oral.	6:Contribuir dando a conocer los servicios y los beneficios que pueden recibir	6.Se identifica y se orienta al usuario para que reciba el servicio.
7. Realizar el informe de gestión mensual y hacer entrega el ultimo día del mes luego de realizarlo (higienista).	7:No aplica	7:No aplica
8. Recepcionar al paciente que va a ser atendido y verificar que la documentación se encuentre en regla para una adecuada facturación.	8 verifico en historia clínica frecuencia de tratamiento	8:verifico y genero códigos de acuerdo a lo pertinente de la atención
9. Colaborar y asistir adecuadamente al odontólogo en la atención de la consulta programada y de urgencias.	9ª Alistamiento y Apoyo al odontólogo y se realiza desinfección de equipos, instrumental y áreas del consultorio.	9::Asistir al Profesional en lo Requerido para un Adecuado Procedimiento.
10 . Esterilizar y desinfectar el instrumental y equipo, preparar los materiales y medicamentos necesarios para la atención con calidad integral del paciente.	10:se aplica los lineamientos con buen lavado y esterilizado del instrumental de odontologias, limpieza de la unidad entre paciente y paciente, lavado e higienización de manos, y utilización de los elementos de protección	10:Utilizo correctamente los elementos de protección personal.
11. Preparar el ambiente del consultorio odontológico para la atención con calidad integral al paciente y facilitar la actividad profesional del odontólogo e higienista.	11:se aplica los lineamientos con buen lavado y esterilizado del instrumental de odontología, limpieza de la unidad entre paciente y paciente, lavado e higienización de manos, y utilización de los elementos de protección.	11:Alistamiento del Consultorio Odontológico
12. Elaborar y controlar adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo.	12:Realizo los pedidos oportunamente teniendo en cuenta las existencias.	12:se cumple realizando los pedidos en las fechas estipuladas en Dinámica.—elaboración de Kardex
13. Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	13: Cumplo de manera adecuada con los manuales establecidos por la institución.	13:se siguen protocolos establecidos por la subred.
14. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	14: Se Realizan Actividades que el Supervisor del Contrato Designe Acorde a mis Actividades.	14:Habilitacion—Información INFORMACION-Acreditación del .PAMEC
15. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	15_Se entrega Mensualmente la certificación de Actividades -- Pago de mi Planilla Correspondiente al mes	15: Cuenta De Cobro.
16. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	16 verificar Inventario Actualizado Y Uso Adecuado De Inventario A Cargo	16: Relación de Inventario con Activos Fijos.
17. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	17: Participación de Actividades ,Humanización Acreditación-Y Bimestral de Reuniones de sedes -- La Subred se conecta-- Encuentros En Conexión con la Gerencia-- Encuentros En Aprendizaje continuo--- Agentes PCI	17.lista de asistencia --asistencia Pre test _ Pos test

Copia Certificada Subred Sur Oriente

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

DOCUMENTO EQUVALENTE A FACTURA

LA SUDRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDNETE

E.S.ENIT: 900.959.048-4

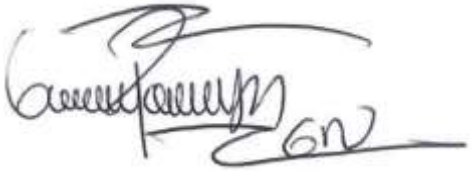
DEBE A

2622-2024
GLORIA PATRICIA USSA

GOMEZCC 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** al30 **de Abril** del **2024** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 2622-2024**



GLORIA PATRICIA USSA

GOMEZCC 52.068.937 DE

BOGOTA

CUENTA DE AHORRO BANCO

DAVIVIENDANUMERO 7590324815

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: 3213839067
Correo: JJP660@HOTMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 75436355

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**	marzo de 2024
Número de planilla	75436355	**Periodo de Cotización Pensión**	marzo de 2024
Fecha pago	2024-04-08	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	1681821	**Total Pagado**	402200
Banco	1083	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	31700	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	208000	1
EPS008	Compensar EPS	162500	1

75436355

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	1300000	1300000	1300000	0	162500	0	208000	0	31700	0

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