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:	ODONTOLOGIA				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					NO						

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3270-2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		pago 12 DE 12	
NÚMERO DE CDP	1866	FECHA	27/12//2019	NÚMERO DE CRP	63081	FECHA	12/31//2019
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	1	2020		31	1	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.501.020							
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%						

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:	$18.012.240
VALOR EJECUTADO	$18.012.240
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.501.020
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 $2070290, 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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8339609380	**$828.116**	$103.515	$132.499	3	$20.173	**$256.186**

DADO EN BOGOTA AL MES ENERO DEL DOS MIL VEINTE (2020) LO ANTERIOR PARA QUE SURTA EL PAGO PERTINENTE CORDIALMENTE.

DIEGO ALEJANDRO RODRIGUEZ VARGAS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

GLORIA PATRICIA USSA GOMEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Escaneado con CamScanner

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

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (ORS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

Versión	3
Fecha de aprobación	15/02/2013
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	UPG60@HOTMAIL.COM				CELULAR	3213839067						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	SUB RED SUROCCIDENTE PAPS BRITALIA											
UBICACIÓN DEL SERVICIO	ODONTOLOGIA				SEDE	SUR						
CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	SUS4-E01	100										
ENTIDAD FINANCIERA	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7590324815								NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA	3270-2020			Nº DE PAGOS DEL CONTPATO			pago 1 DE 3			
NÚMERO DE CDP	4	FECHA	02/01/2020	NÚMERO DE CRP	1610	FECHA	09/01/2020			
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	2	2020		29	2	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.558.122									
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%								

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 EJECUCION DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES	$ 4.674.366
VALOR EJECUTADO	$ 1.558.122
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$ 1.558.122
VALOR A LIBERAR	$ 0
SALDO POR EJECUTAR	$ 3.116.244
PORCENTAJE DE EJECUCION	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 $2.194.508, 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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8340236784	**$877.803**	$109.800	$140.500	3	$21.400	**$271.700**

DADO EN BOGOTA AL MES DE FEBRERO DEL DOS MIL VEINTE (2020) LO ANTERIOR PARA QUE SURTA EL PAGO PERTINENTE CORDIALMENTE

JEFE DIEGO ALEJANDRO RODRIGUEZ VARGAS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

GLORIA PATRICIA USSA GOMEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Escaneado con CamScanner

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA	Versión: 1 Fecha de aprobación: 19/02/2018 Código: 04-03-FR-0007	Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Salud

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA				GLORIA PATRICIA OSSA GOMEZ							
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	X	C.E		NIT		52968561				
CORREO ELECTRONICO					CELULAR		3213870067				
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD					SUB RED SURORIENTE PAPS BRITALIA						
UNIDAD FUNCIONAL				CAPACITACION	SEDE		SUR				
CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	SUBRED	100									
ENTIDAD FINANCIERA		DAVIVIENDA			TIPO DE CUENTA		AHORROS				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				150053048115				NO			

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

NUMERO DE CONTRATO / ORDEN		2196-2020			N° DE PAGO DEL CONTRATO			2 DE 3	
NUMERO DE CDP	29	FECHA	04/02/2020	NUMERO DE CRP		1455	FECHA	31/03/2020	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA (ASISTENCIAL) EN EL AREA DE SALUD OCUPACIONAL DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.** DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL								
PERIODO CERTIFICADO		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
			1	3	2020		31	3	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES			$1.558.122						
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%							

OBSERVACIONES: VALOR TOTAL DE HONORARIOS 1.558.122 VALOR HORA 8.377 PARA UN TOTAL DE 186 HORAS

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES	$4.674.366
VALOR EJECUTADO	$3.116.244
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.558.122
VALOR SALDO	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.558.122
PORCENTAJE DE EJECUCION	67%

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 $2.154.000 al 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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
80460613	$877.803	$109.800	$140.500	3	$21.400	$271.700

DADO EN BOGOTÁ A LOS TRES (03) DIAS DEL MES DE MARZO DE DOS MIL VEINTE (2020) LO ANTERIOR PARA QUE SURTA EL PAGO PERTINENTE CORDIALMENTE

REY DAVID RODRIGUEZ RODRIGUEZ
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR

GLORIA PATRICIA OSSA GOMEZ
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Escaneado con CamScanner

Secretaría de Salud
Subsecretaría 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

Version	9
Fecha de aprobación	18/09/2019
Codigo	GA-01-FO-0003

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	52[illegible]61						
CORREO ELECTRONICO	[illegible]@HOTMAIL.COM				CELULAR	321[illegible]7						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	SUBRED SUROCCIDENTE PAPS BRITALIA											
UBICACIÓN DEL SERVICIO	ODONTOLOGIA				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	[illegible]24815								NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA	2196 2020				Nº DE PAGOS DEL CONTRATO				3 DE 3		
NUMERO DE CDP		FECHA			NUMERO DE CRP			FECHA			
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 INSTITUCIONAL										
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	4	2020		30	4	2020			
VALOR HONORARIOS MENSUALES	$1.558.122										
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%									
OBSERVACIONES. VALOR TOTAL DE HONORARIOS 1.558.122 VALOR HORA 8.377 PARA UN TOTAL DE 186 HORAS											

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES.	$ 4.674.366
VALOR EJECUTADO	$ 4.674.366
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$ 1.558.122
VALOR A LIBERAR	$ 0
SALDO POR EJECUTAR	$ 1.558.122
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.194.508, 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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8341553927	$877.803	$109.800	$140.500	3	$21.400	$271.700

DADO EN BOGOTA AL (30) MES DE ABRIL DEL DOS MIL VEINTE (2020) LO ANTERIOR PARA QUE SURTA EL PAGO PERTINENTE CORDIALMENTE

JEFE DIEGO ALEJANDRO RODRIGUEZ VARGAS
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR

GLORIA PATRICIA USSA GOMEZ
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Escaneado con CamScanner

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 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	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:	ODONTOLOGIA				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								NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2196-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			4 DE 6	
NÚMERO DE CDP	574	FECHA	04/20/2020	NÚMERO DE CRP	23062	FECHA	30/04/2020	
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	2020		31	5	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.558.122							
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%						

OBSERVACIONES: VALOR TOTAL DE HONORARIOS 1.558.122 VALOR HORA 8.377 PARA UN TOTAL DE 186 HORAS

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$ 9.348.732
VALOR EJECUTADO	$ 6.232.488
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$ 1.558.122
VALOR A LIBERAR	$ 0
SALDO POR EJECUTAR	$ 3.116.244
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

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 $2,194,508, 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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8342218190	**$877.803**	$109.800	$140.500	3	$21.400	**$271.700**

DADO EN BOGOTA AL (30) MES DE MAYO DEL DOS MIL VEINTE (2020) LO ANTERIOR PARA QUE SURTA EL PAGO PERTINENTE CORDIALMENTE.

JEFE DIEGO ALEJANDRO RODRIGUEZ VARGAS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

GLORIA PATRICIA USSA GOMEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Escaneado con CamScanner