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:	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			7DE 7			
NÚMERO DE CDP	1052	FECHA	07/22//2020	NÚMERO DE CRP	30264	FECHA	31/07/2020			
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	8	2020		31	8	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.558.122									
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 0%								
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:	$10.906.854
VALOR EJECUTADO	$10.906.854
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$ 1.558.122
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 $2,194,508, 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
8343730598	**$877.803**	$109.800	$140.500	3	$21.400	**$271.700**

DADO EN BOGOTA AL (31) MES DE AGOSTO DEL DOS MIL VEINTE (2020) LO ANTERIOR PARA QUE SURTA EL PAGO PERTINENTE CORDIALMENTE.

JEFE DIEGO ALEJANDRO RODRIGUEZ VARGAS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Patricia Ussa Gomez
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	1
Fecha de aprobación	31/03/2017
Código:	15-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	ODONTOLOGIA		**Sede: USS 68 BRITALIA**						
NO: DE CONTRATO; 2196-2020		**Periodo certificado desde el**	**DIA**	**MES**	**AÑO**	**DIA**	**MES**	**Año**	
			1	8	2.020	31	8	2.020	
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 ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Apoyar al profesional del servicio en las actividades del área	Programado	1. Asistencia al profesional en odontologia en la realizacion de los procedimientos.	Asistencia al profesional en odontologia en la realizacion de los procedimientos diariamente **:NO SE PROGRAMARON**
Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas.	Programado	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.	Programado	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.	Programado	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. **NO SE PROGRAMO**
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Programado	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 **CAPACITACION Y CHARLAS.**
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	Programado	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.	Programado	7.Promoevo el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responde por los elementos dados a mi responsabilidad.	Promoevo el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responde por los elementos dados a mi responsabilidad.
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Programado	8Participación en actividades intra y extramurales programadas por el hospital para el cumplimiento de metas y atencion a la comunidad	**CAPACITACION DE KITS**
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Programado	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 asi se requirio.
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Programado	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	Programado	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.	Programado	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	Programado	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	Programado	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.**: NO SE PROGRAMO**
En caso de presentarse un caso fortuito o fuerza mayor que impida asistir a la consulta, informar al supervisor del contrato.	Programado	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.	Programado	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 guias realizando procedimientos seguros
Participar activamente en las capacitaciones a las que sea asignado	Programado	17. Participación en actividades intra y extramurales programadas por el hospital para el cumplimiento de metas y atencion a la comunidad	**ASISTI A LAS CAPACITACIONES DE KITS PARA ENTREGAR INSUMOS A HOSPITALES Y DE APOYO PARA LA BIEN COMUN DE USUARIOS Y COMPAÑEROS EN PUESTO DE SALUD.MES DE JILIO**

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (NUMERO Y LETRAS): UN MILLON QUINIENTOS CINCUENTA Y OCHO MILCIENTO VEINTIDOS PESOS M/CTE (1.558122)

Patricia Ussa G. 52.068.937

NOMBRE COMPLETO. CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Firma de recibido supervisor: Fecha: / /

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: 8343730598

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	8343730598
Fecha pago	2020-08-04
Número de autorización pago	30181503
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	julio de 2020
Periodo de Cotización Pensión	julio de 2020
Número de Administradoras	3
Total Pagado	271700
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	21400	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	140500	1
EPS008	Compensar EPS	109800	1

COPIA 8343730598

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	877803	877803	877803	0	109800	0	140500	0	21400	0

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

DOCUMENTO EQUVALENTE NRO 06-2020

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 **$ 1.558.122** (Un millón quinientos cincuenta y ocho mil veinte dos pesos mda/cte), por concepto de Prestar servicios de apoyo asistencial en el área de Salud Oral, como Auxiliar de Odontologia y apoyo en asignación de citas por emergencia sanitaria Covid 19 durante el periodo de 01 al 31 deAgosto del 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 2196-2020**

Patricia Ussa Gomez

GLORIA PATRICIA USSA GOMEZ

CC 52.068.937 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORRO BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 7590324815