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	1458			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1713	FECHA	2026-08-13 15:53:21.000	NÚMERO DE CRP	29627	FECHA	2026-08-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-09-01		2026-09-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$2,311,050				
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:	$20,799,450
VALOR EJECUTADO	$18,488,400
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,311,050
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2,311,050
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	89%

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
94271617	$924,420	$115,553	$147,907	3	$22,519	$285,979

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

David Eduardo Peñuela Jiménez
1018420569
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 de Odontologia en las actividades del área.	Brindar apoyo operativo y asistencial al profesional del servicio, incluyendo preparación del consultorio, organización de instrumental, asistencia durante procedimientos y apoyo en registros del área.	Reporte mensual de apoyo al servicio de Odontología, que evidencie la asistencia brindada en la atención a pacientes, organización del consultorio y apoyo administrativo.
2. Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas.	Brindar apoyo directo a los pacientes en sus necesidades básicas, incluyendo orientación, acompañamiento, asistencia en movilidad y apoyo durante su permanencia en el servicio, garantizando trato humanizado y seguro.	Registro mensual de apoyo y acompañamiento a pacientes, donde se evidencie la asistencia brindada en sus necesidades básicas durante la atención en el servicio.
3. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Registrar y completar de manera clara, precisa y oportuna los formatos e instrumentos requeridos en el desarrollo de sus funciones, asegurando la veracidad e integralidad de la información consignada	ormatos y registros diligenciados correctamente, conforme a los lineamientos institucionales, garantizando información clara, completa y entregada oportunamente
4. Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia.	Ejecutar los procedimientos indicados por el profesional tratante, de acuerdo con su competencia y protocolos establecidos, garantizando seguridad, calidad y adecuado registro de la atención brindada	Registro de procedimientos ejecutados conforme a orden médica, evidenciando la realización oportuna y adecuada de las intervenciones asignadas a cada paciente
5. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Apoyar la implementación y seguimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, mediante el cumplimiento de protocolos, participación en actividades de mejora y aplicación de lineamientos institucionales establecidos por la Sub	Reporte de apoyo al cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, que evidencie la participación en actividades, seguimiento a lineamientos y cumplimiento de los requerimientos establecidos por la Subred.
6. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	Consolidar y redactar mensualmente el informe detallado de las actividades ejecutadas, avances alcanzados y evidencias correspondientes, y realizar su entrega oportuna al supervisor del contrato	Informe mensual de actividades y avances contractuales, presentado al supervisor del contrato para efectos de seguimiento y certificación de cumplimient
7. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Custodiar y dar uso adecuado a los elementos asignados para el desarrollo de las actividades contractuales, realizando su entrega formal a la persona encargada al finalizar el contrato, conforme a los procedimientos establecidos	Acta de recibido y entrega de elementos asignados, debidamente diligenciada, que evidencie la custodia, conservación y devolución de los bienes entregados para el cumplimiento del contrato.
8. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Asistir y participar activamente en las jornadas de capacitación, procesos de inducción, reuniones y eventos convocados por la entidad, contribuyendo al fortalecimiento de competencias y cumplimiento institucional	Registro de participación en jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos, evidenciado mediante listas de asistencia, actas o constancias correspondientes
9. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Identificar y notificar oportunamente las fallas de calidad en el servicio, y colaborar en la implementación de las acciones correctivas y de mejora definidas por el equipo responsable, asegurando el cumplimiento de los estándares establecidos.	Reporte de fallas de calidad y acciones de mejora implementadas, que evidencie la identificación de problemas y la aplicación de las soluciones establecidas para garantizar la calidad del servicio.
10. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Estudiar y aplicar los procedimientos establecidos por la Subred en el desarrollo de sus funciones, y brindar apoyo en la implementación y seguimiento de estos procedimientos, asegurando cumplimiento y adecuación a los lineamientos institucionales	Registro de cumplimiento y apoyo a procedimientos de la Subred, evidenciando que las actividades realizadas se ajustan a los lineamientos institucionales y contribuyen a la correcta implementación de los procedimientos.
11. Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos institucionales.	Brindar apoyo operativo y administrativo a la Subred en las actividades solicitadas, ejecutando las tareas según los requerimientos institucionales y asegurando calidad y oportunidad en su cumplimiento.	Registro de apoyo institucional a la Subred, donde se evidencien las actividades realizadas según los requerimientos solicitados, garantizando cumplimiento y respaldo administrativo.

Copia Controlada
Subred Sur Occidente

12. Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Brindar apoyo operativo y administrativo a la Subred en las actividades solicitadas, ejecutando las tareas según los requerimientos institucionales y asegurando calidad y oportunidad en su cumplimiento	Registro de apoyo institucional a la Subred, donde se evidencien las actividades realizadas según los requerimientos solicitados, garantizando cumplimiento y respaldo administrativo.
13. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Gestionar y entregar mensualmente la constancia de afiliación al sistema de seguridad social y realizar los pagos correspondientes a salud, pensiones y riesgos profesionales, garantizando cumplimiento de los requerimientos legales e institucionales	Comprobante mensual de afiliación y pagos a seguridad social, que evidencie la entrega oportuna de la constancia y el pago correspondiente a salud, pensiones y riesgos profesionales
14. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Ejecutar oportunamente las actividades adicionales que le sean asignadas, asegurando que estén alineadas con el objeto del contrato y contribuyan al cumplimiento de los objetivos institucionale	Registro de actividades adicionales ejecutadas, que evidencie la realización de tareas complementarias asignadas, cumpliendo con los objetivos del contrato y las necesidades del área
15. En caso de presentarse un caso fortuito o fuerza mayor que impida asistir a la consulta, informar al supervisor del contrato.	Informar de manera inmediata al supervisor del contrato cualquier situación de caso fortuito o fuerza mayor que impida la asistencia a la consulta, garantizando transparencia y cumplimiento de los protocolos de notificación establecidos.	Registro de notificación de inasistencias por casos fortuitos o fuerza mayor, evidenciando la comunicación oportuna al supervisor y las razones justificadas de la ausencia.
16. Participar activamente en las capacitaciones a las que sea asignado. b) Generales: Además de las anteriores y sin perjuicio de su autonomía,	Asistir y participar activamente en las capacitaciones asignadas, tanto específicas como generales, aplicando los conocimientos adquiridos y contribuyendo al desarrollo de competencias requeridas por la institución.	Registro de participación en capacitaciones asignadas, evidenciado mediante listas de asistencia, constancias o reportes de participación que demuestren el aprendizaje y fortalecimiento de competencias

David Eduardo Peñuela Jiménez
1018420569
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 Controlada Subred Suroccidente

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52068937	GLORIA PATRICIA USSA GOMEZ	CRR 77 P 49 - 33 SUR	3213839067	JJP660@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94271617	08/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52068937	GLORIA PATRICIA USSA GOMEZ	CRR 77 P 49 - 33 SUR	3213839067	JJP660@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94271617	08/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excenuado	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 52068937	USSA GOMEZ GLORIA PATRICIA	59	0			N																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

1458-2026
GLORIA PATRICIA USSA GOMEZ

CC 52.068.937 DE BOGOTA

La suma de **DOS MILLONES TRECIENTOS ONCE MIL CINCUENTA PESOS M/CTE.(2.311.050)**por concepto de Prestar servicios de apoyo asistencial en el área de Salud Oral, como Auxiliar de Odontología durante el periodo del **1 al 30 SEPTIEMBRE 2026** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N: 1458-2026



GLORIA PATRICIA USSA GOMEZ

CC 52.068.937 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORRO BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 7590324815