Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	:ERTIFICACIÓN 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:	RUTH ELENA DE LA CRUZ FARIAS MOLANO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	41682306						
CORREO ELECTRONICO:	ruthelena1958@yahoo.es				CELULAR:	3153009408						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	KE10											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ENFERMERIA				SEDE:	Kennedy						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	KE10 A46	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570122515								PENSIONADO	SI		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCI	1629-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			5 de 5			
NÚMERO DE CDP	755	FECHA	25/05/2021	NÚMERO DE CRP	30233	FECHA	31/05/2021			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios Profesionales especializados a la gestion administrativa y/o asistencial a la Subgerencia Asistencial 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	6	2021		30	6	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.815.250									
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.125 horas mensuales, valor por hora $22,522

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$20.945.460
VALOR EJECUTADO	$14.083.250
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.815.250
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$6.862.210
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 **$2.271.315**, 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
9419904397	$1.218.560,00	**$152.400**		3	$29.700	**$182.100**

uj

DRA. LUCIA MEDINA SUAREZ
Supervisor

RUTH ELENA DE LA CRUZ FARIAS MOLANO
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	2
		Fecha de aprobación	03/04/2017
		Código:	15-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	CLINICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	Sede: KENNEDY							
No. DE CONTRATO:	1629-2021	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	6	2.021		30	6	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	FARIAS MOLANO RUTH ELENA DE LA CRUZ	C. C.	41.682.306			DE	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios Profesionales especializados a la gestion administrativa y/o asistencial a la Subgerencia Asistencial dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ **Servicios:** SI X NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Portar con los elementos básicos para el desarrollo de sus actividades contractuales a desarrollar. -2. Ejecutar con criterio, acciones dependientes, según tratamiento Médico y de Enfermería. -3. Realizar procedimientos especiales - 4.Velar porque la atención del paciente cumpla con el HO ordenado por el médico tratante. Usuario -5.Participar en la revista y valoración médica de los pacientes del servicio de Clinica del Dolor y Cuidados Paliativos pacientes hospitalizados, ambulatorios. -6. Revisar Historias Clinicas S/normas Institucionales. -7.Realizar personalmente las actividades objeto del contrato para lo cual fueron contratadas y responder por el ejercicio de las actividades delegadas sin que quede exento de la responsabilidad que le incumbe por la correspondiente a sus subordinados. -8. Dedicar la totalidad del tiempo para el cumplimiento de sus actividades -9. Cumplir con las disposiciones que sus superiores jerárquicos adopten en ejercicio de sus atribuciones, atender los requerimientos y citaciones del jefe inmediato o de las autoridades competentes. -10. Programar pacientes para la realización de procedimirntos intervencionistas de analgesia -11. Recibir pacientes en la consulta de clinica del dolor verificando la orden y la factura correspondiente. -12. Atender los pacientes para brindarles confort durante la atencion en los tratamientos de acupuntura -- 13. Realizar los procedimientos de enfermeria, que ameriten los usuarios-14. Explicar procedimientos administrativos y asistenciales, al paciente y/ó familia -15. Estar atento a la Realizar el consentimiento informado cuando el paciente lo requiere. -16. Realizar educacion a los pacientes y familia de cuidados paliativos en el manejo ambulatorio para el cuidado en casa sobre el manejo de sintomas , administracuin de madicamentos e hidratacion por cateter subcutaneo. -17. Asignacion de citas para agendamiento de las consultas de acupuntura en la unidad de dolor y cuidado paluativo. 18. Priorizacion de pacientes de primera vez en los tratamientos de acupuntura. -19. Gestion del riesgo de pacientes procedentes	100%	1-Porta uniforme y elementos necesarios para el cumplimiento de las actividades. 2- Revisar Historia Clinica,Revisar fórmulas de medicamentos, Registra plan de cuidado, Registro de notas en pacientes paliativos cuando hay egreso. 3-Programación de pacientes para acupuntura. 4-Realizar comunicaciones internas 5-Control procedimientos intervencionistas para manejo del dolor	1-Anecdotario de intervencion a familias 2Registro enHistorias Clinicas de pacientes egresados para manejo paliativo. 3-Registro de enfermeria con firma .4 Registro de los procedimientos intervencionictas realizados
REGISTROS OPORTUNOS SIN ENMENDADURAS, CRONOLOGIA, NOMBRE, FIRMA LEGIBLES Y VERACES: 11.Realizar los procedimientos de Enfermería, que ameriten los usuarios, haciendo el Registro correspondiente. -12.Desarrollar y REPORTAR mensualmente todas las actividades acordes con el objeto del Contrato, en coordinación con el interventor del mismo. -13.Llenar a cabalidad los formatos de historias clínicas, de acuerdo con lo establecido con las normas legales, los procedimientos de auditoría y el manual de historias clínicas de la Institución, respaldando toda actuación con su firma y sello. -14.Custodiar y cuidar la documentación e información que en su cargo conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso e impedir o evitar la sustracción , destrucción, ocultamiento o utilización indebida. -15. Realizar los indicadores de gestion de la Unidad de Oncologia. -16. Actualizar los protocolos de CLICICA DEL DOLOR el sistema ALMERA. -17. Realizar las estadisticas de la consulta se Clinica del Dolor. -18. Realizacion de comunicaciones internas y externas según necesidad. -19. Reporte de oportunidad de consulta.	100%	1-Realizar los procedimientos de enfermeria asignados al profesional 2-Realizar las estadisticas de la consulta de clicica del dolor 3-Registros de indicadores de Clinica del Dolor Realizar la actualizacion de los procesos procedimientos y protocolos de clinica del dolor	1-Bitacora 2- Estadistica de la consulta en el sustema 3- Entrega de indicadores a entes correspondientes.
RELACIONES INTERPERSONALES, TRABAJO EN EQUIPO, COMUNICACIÓN ASERTIVA, HUMANIZACION SERVICIO, NECESIDADES DEL EQUIPO: -205. Atender las necesidades del equipo de trabajo. -21.Velar por el correcto desarrollo de actividades del equipo de trabajo. -22.Explicar procedimientos administrativos y asistenciales, al paciente y/o familia. -23.Respetar los derechos del paciente y cumplir el código de ética de enfermería y todas las disposiciones legales pertinentes que como servidores en el área de la salud están obligados, tanto en Servicios Ambulatorios, como en Urgencias y Hospitalización.2-4. Tratar con respecto, imparcialidad y rectitud a las personas con que tenga relación por razón de su cargo.-25. Cumplir con las disposiciones que sus superiores jerárquicos adopten en ejercicio de sus atribuciones, atender los requerimientos y citaciones del jefe inmediato o de las autoridades competentes.	100%	1-Verificar la realizacion del protocolo de bienvenida a los pacientes a cargo	1-Lista de verificacion
EPIDEMIOLOGIA, ASEPSIA Y BIOSEGURIDAD: -26. Aplicar los principios de técnica aséptica.-27. Aplicar las normas universales de Bioseguridad, en el manejo de fluidos corporales. -28. Cumplir con la presentación del reglamento de higiene y seguridad y con la ejecución del programa de Salud Ocupacional, ejecutando procedimientos seguros de trabajo según su actividad a realizar en la Institución. Así como acogerse al programa de Salud Ocupacional Institucional y a los planes de emergencia y evacuación del Hospital y a los planes de contingencia del área de mantenimiento.	100%	1-Cumplir con las normas según el manual de bioseguridad	1-Asignacion de desinfeccion 2- Verificacion terminal fin de semana diario
MANEJO, USO CUSTODIA DE RECURSOS FISICOS, INSUMOS, EQUIPOS E IDENTIFICACION: -29. Preservar el buen funcionamiento de los equipos y elementos del servicio, manteniendo con ellos el registro de mantenimiento. -30. Revisar las necesidades del servicio y mantener los elementos adecuados.-31. Velar por la adecuada y racional utilización de los recursos de la Institución y demás equipos y elementos del Hospital que sean destinados para el cumplimiento de sus actividades contractuales. -32.Portar el Carnet de la institución durante la prestación de servicio según los parámetros de la institución.-33. Salvaguardar los bienes que se entregan para el desempeño de las funciones y registrando y controlando los formatos establecidos para esta función.-34. Gestionar de acuerdo a los procedimientos establecidos los cambios de ubicación, traslados, reintegros o pérdidas de los bienes bajo el marco normativo.-35.Utilizar los bienes y recursos asignados para el empleo a su cargo o la información reservada en forma exclusiva para los fines que correspondan. 36.Gestionar con	100%	1-Supervisa diligenciamiento de registro de inventarios del servicio, custodia historias clinicas de los pacientes	1-Libro de inventario firmado por el profesional
CAPACITACION, EDUCACION CLINICA E INVESTIGACION PERMANENTE: -39 Asistir a todas las capacitaciones programadas por la institución. 40. Identificar necesidades de capacitación detrás de su grupo de trabajo, promoviendo capacitaciones internas en su área.	100%	1-Asistir a las capacitaciones programadas por la institucion en el servicio	1-Formato de capacitacion

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $2,815,250) DOS MILLONES OCHOCIENTOS QUINCE MILDOSCIENTOS CINCUENTA PESOS MCT.)

NOMBRE CONTRATISTA: RUTH ELENA FARIAS MOLANO CC 41682306

SUPERVISOR: DRA LUCIA MEDINA SUAREZ

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 41682306		FARIAS MOLANO RUTH ELENA DE LA CRUZ	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 38BIS SUR #33-70 INT4	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7203831	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-05	2021-05	20209445	9419904397	I	2021/06/02	2021/06/04	BANCO DE OCCIDENTE	0	$182,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$1,218,560	$152,400			$0	$0			$1,218,560	$29,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$1,218,560	$152,400			$0	$0			$1,218,560	$29,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$0	$0			$1,218,560	$152,400			$0	$0			$1,218,560	$29,700		$0	$0
1	CC 41682306	FARIAS RUTH		0	$0	$0	EPS001	30	$1,218,560	$152,400		0	$0	$0	14-11	30	$1,218,560	$29,700	0	$0	$0
Total	Afiliados(1)				$0	$0			$1,218,560	$152,400			$0	$0			$1,218,560	$29,700		$0	$0

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SEVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:
RUTH ELENA DE LA CRUZ FARIAS MOLANO
CC 41.682.306 DE BOGOTA

La suma de Dos millones ochocientos quince mil doscientos cincuenta pesos moneda/ corriente ($2.815.250) por concepto de prestar servicios profesionales especializados a la gestión administrativa y /o asistencial a la subgerencia asistencial dentro de los diferentes procesos y procedimientos, durante el periodo comprendido entre el 1 de Junio a 30 de junio de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 1629 2021

Ruth Elena de la Cruz Farias Molano

CC 41.682.306 de Bogota

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 000570122515

Colpensiones

PROSPERIDAD PARA TODOS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NOTIFICACIÓN DE RESOLUCIÓN QUE RESUELVE UNA SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

COLPENSIONES

VICEPRESIDENCIA DE BENEFICIOS Y PRESTACIONES

PUNTO COLPENSIONES BOGOTA SUR

En BOGOTA a los 30 días del mes de Julio de 2014 Se presentó Ruth Elena De la cruz Farias Molano identificado con la C.C.No 41682306 en calidad de interesado X, tercero autorizado, ___apoderado ___, con tarjeta Profesional No. _____ del CS J., con el fin de notificarse de la Resolución No. 266698 De fecha 24 JUL 2014 mediante la cual se reconoce pension vejez.

Enterado (a) de su contenido, se le informa que contra la presente proceden los recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales deben ser interpuestos dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 76 y s.s. de la Ley 1437 del 2011.

Para constancia de lo anterior, se suscribe por las personas que intervinieron en la diligencia.

En el evento que el reconocimiento de la prestación corresponda al cumplimiento de una orden judicial en la que se hubiera condenado a la administradora del régimen de prima media al pago y/o reconocimiento de una prestación económica, declaro bajo juramento que SI _____ NO _____, he iniciado proceso ejecutivo para hacer efectivo el cumplimiento de dicha orden y/o que no he recibido pago alguno por este concepto so pena de incurrir en el delito de fraude procesal tipificado en el Artículo 453 del Código Penal.

Así mismo, declaro bajo la gravedad del juramento, so pena de incurrir en conducta tipificada en el Artículo 442 del Código Penal Colombiano modificada por el Artículo 8° de la Ley 890 de 2004 "Falso testimonio. El que en actuación judicial o administrativa, bajo la gravedad del juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o la calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de cuatro (4) a ocho (8) años" que no he solicitado ni devengo pensión alguna que provenga del erario público que contravenga el Artículo 128 de la Constitución Política Colombiana; igualmente no devengo pensión del sector público o privado de carácter compartida conforme al Decretos 758 de 1990.

Se deja constancia de notificación Si ____ No ____ Observaciones

_____

_____

_____ (Espacio para la entidad)

EL NOTIFICADO
C.C. 41682306

EL NOTIFICADOR
C.C. 15.610.829 Tierralta

Integrac × | (111 n.º de no leídos) - ruthelen × | Editar × +

p.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.6142039

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por	
	Notificacion de Supervisión.pdf	Notificacion de Supervisión.pdf	Comprador	Descarg
☐	MARZO RUTH FARIAS.pdf	MARZO RUTH FARIAS.pdf	Proveedor	Descarg
☐	cuenta ruth abril pdf.pdf	cuenta ruth abril pdf.pdf	Proveedor	Descarg
☐	MAY RUTH DE LA CRUZ FARIAS.pdf	MAY RUTH DE LA CRUZ FARIAS.pdf	Proveedor	Descarg

Bo

Cancelar

< Evaluación de

Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)

018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a

para buscar