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:	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:					SUBRED				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%							
	KE10A46	100							
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570122515						PENSIONADO	SI	

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

NÚMERO DE CONTRATO	5247			VIGENCIA		2022		
NÚMERO DE CDP	788	FECHA	2023-04-12 10:27:35.000	NÚMERO DE CRP	20370	FECHA	2023-04-17 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL EN ENFERMERIA ESPECIALIZADO							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
			2023-04-01		2023-04-30			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$3,464,485					
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:	$90,330,996
VALOR EJECUTADO	$38,884,371
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,464,485
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$51,446,625
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	43%

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
9448361007	$1,381,794	$172,724	$221,087	3	$33,661	$427,472

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

LINA MARIA OLIVEROS HERNANDEZ
50947221
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
Portar con los elementos básicos para el desarrollo de sus actividades contractuales a desarrollar.	Porta uniforme y elementos necesarios para el cumplimiento de las actividades	Presentación diaria.
Ejecutar con criterio, acciones dependientes, según tratamiento Médico y de Enfermería	Capacitación educación e información a pacientes y familiares del tratamiento farmacológico y realización exámenes	Paciente y/o cuidadores informados y capacitados utilizando comunicación redundante
Realizar procedimientos especiales	Colocación de catéteres subcutáneos, asistencia en acupuntura	Catéter colocado registro respetivo
Explicar al paciente y/o cuidador las indicaciones medicas relacionadas con medicamentos exámenes indicados y cuidados específicos	Se de acuerdo al medicamento y preparación de exámenes se realiza la capacitación pertinente según necesidad	Registro capacitaciones de pacientes nuevos en promedio 45 de clínica del dolor
Participar en la revista y valoración médica de los pacientes del servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos	Acompañamiento a e intervención en la atención del usuario ambulatorio	Acompañamiento a los pacientes de clínica del dolor y acupuntura toma signos vitales
Revisar Historias Clínicas .	Se realiza revisión historia clínica apacientes programados para procedimientos y las interconsultas	Registro de pacientes a quien se realizo procedimiento e interconsulta
Realizar personalmente las actividades objeto del contrato	Cumplimiento de todas las actividades contractuales	Registro de pacientes atendidos, estadísticas clínica del dolor
Dedicar la totalidad del tiempo para el cumplimiento de sus actividades	Realizar actividades asistenciales y administrativas del servicio	Informe de actividades
Programar pacientes para la realización de procedimientos intervencionistas de analgesia	Gestionar la programación de pacientes semanal para procedimientos intervencionistas coordinación con programacion de cirugia.	Pacientes programados seis semanales Registro en formato de pacientes programados Registro pacientes en lista de espera
. Recibir pacientes en la consulta de clínica del dolor verificando la orden y la factura correspondiente.	Atención y acompañamiento a usuarios durante la consulta verificando requisitos de facturacion	Registro pacientes en la consulta de clínica del dolor doce diarios
Atender los pacientes para brindarles confort y seguridad durante los tratamientos de acupuntura	Acompañamiento permanente durante el procedimiento	Acompañamiento permanente durante el procedimiento cero eventos adversos
Realizar los procedimientos de enfermería, que ameriten los usuarios	En tal caso que se requiera, se realiza la intervención	Procedimiento realizado y registro respetivo
Estar atento a la Realizar el consentimiento informado cuando el paciente lo requiere.	Informar al paciente del proceso a realizar. y gestionar el consentimiento informado	Consentimiento informado gestionado y firmado • Elaboración de bitácora mensual para entrega de los consentimientos informados a estadística
Manejo, uso y custodia de recursos físicos, insumos y equipos	inventariaos y solicitud de insumos. Elaboración de Tickest	Registro en el libro y soportes de almacén. Ttickest enviados y gestionados
Asistir a las capacitaciones programadas por la institución.	Participar en las actividades de capacitación virtual o presencial ULC y conversatorio de calidad y otros	Registro de la asistencia elaboración del pre y post test de la capacitación

Copia Controlada
Subred Sur Occidente

LINA MARIA OLIVEROS HERNANDEZ
50947221
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 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 tres millones cuatrocientos sesenta y cuatro mil cuatrocientos ochenta y cinco pesos moneda/corriente ($ 3.464.485) 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 abril al 30 de abril del 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No.5247del 2022

Ruth Elena de la Cruz Farias Molano

CC 41.682.306 de Bogota

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 000570122515

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
2023-03	2023-03	93656680	9448361007	I	2023/04/04	2023/04/04	BANCO DE OCCIDENTE	0	$207,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$33,800	$0	$0	$33,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$33,800	$0	$0	$33,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$173,300	$0	$0	$173,300
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$173,300	$0	$0	$173,300
TOTAL				1	$207,100	$0	$0	$207,100

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

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
2023-03	2023-03	93656680	9448361007	I	2023/04/04	2023/04/04	BANCO DE OCCIDENTE	0	$207,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$1,385,794	$173,300			$0	$0			$1,385,794	$33,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$1,385,794	$173,300			$0	$0			$1,385,794	$33,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$0	$0			$1,385,794	$173,300			$0	$0			$1,385,794	$33,800		$0	$0
1	CC 41682306	FARIAS RUTH		0	$0	$0	EPS001	30	$1,385,794	$173,300		0	$0	$0	14-11	30	$1,385,794	$33,800	0	$0	$0
Total	Afiliados(1)				$0	$0			$1,385,794	$173,300			$0	$0			$1,385,794	$33,800		$0	$0

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

Colpensiones

PROSPERIDAD PARA TODOS

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 Mojano 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 Articulo 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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Colpensiones

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

NOTIFICACIÓN DE RESOLUCIÓN QUE RESUELVE UNA SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

COLPENSIONES

VICEPRESIDENCIA DE BENEFICIOS Y PRESTACIONES

PUNTO COLPENSIONES BOGOTA SUR

En Bogotá a los 11 días del mes de febrero de 2015 se presentó Fanas molano Ruth elena de la Cruz 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. 165210 De fecha 26 enero 2015, mediante la cual se revoca y ordena el pago de una 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 8º 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 Articulo 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 X No___. Observaciones

_____

_____

_____

_____ (Espacio para la entidad)

EL NOTIFICADO
C.C. 41682306

EL NOTIFICADOR
C.C. 1.024.467.555