

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                             |                 |                    |                                            |                     |          |                       |
|-------------------------------|----|-----------------------------|-----------------|--------------------|--------------------------------------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion                                  | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 79370534                   |    | VELANDIA URREA LIBARDO IVAN | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | TRV 43 C 69 D 12 SUR BRR ARBORIZADORA ALTA | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 4550413  | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |           |            |          |            |            |                  |           |
|-----------------------------------|---------|-----------|------------|----------|------------|------------|------------------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave     |            | Tipo     | Fecha      |            | Pago             |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago      | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco            | Valor     |
| 2024-04                           | 2024-04 | 658594244 | 9466022600 | I        | 2024/05/09 | 2024/05/24 | BANCO DAVIVIENDA | \$407,200 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                 |                |                  |        |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |          |      |
|--------------------------------------------------|----------------|------------------|--------|------|-------------|-----------|--------|------|-------------|-----------|--------|------|-----|--------|--------|------|-------------|----------|------|
| EMPLEADO                                         |                |                  |        |      | PENSION     |           |        |      |             | SALUD     |        |      |     |        | CCF    |      |             |          |      |
| No.                                              | Identificación | Nombres          | Codigo | Dias | IBC         | Aporte    | Codigo | Dias | IBC         | Aporte    | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC         | Aporte   | Dias |
| Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)               |                |                  |        |      | \$1,300,000 | \$208,000 |        |      | \$1,300,000 | \$162,500 |        |      | \$0 | \$0    |        |      | \$1,300,000 | \$31,700 |      |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)      |                |                  |        |      | \$1,300,000 | \$208,000 |        |      | \$1,300,000 | \$162,500 |        |      | \$0 | \$0    |        |      | \$1,300,000 | \$31,700 |      |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) |                |                  |        |      | \$1,300,000 | \$208,000 |        |      | \$1,300,000 | \$162,500 |        |      | \$0 | \$0    |        |      | \$1,300,000 | \$31,700 |      |
| 1                                                | CC 79370534    | VELANDIA LIBARDO | 25-14  | 30   | \$1,300,000 | \$208,000 | EPS037 | 30   | \$1,300,000 | \$162,500 | 0      |      | \$0 | \$0    | 14-11  | 30   | \$1,300,000 | \$31,700 | 0    |
| Total Afiliados( 1)                              |                |                  |        |      | \$1,300,000 | \$208,000 |        |      | \$1,300,000 | \$162,500 |        |      | \$0 | \$0    |        |      | \$1,300,000 | \$31,700 |      |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                             |                 |                    |                                            |                     |          |                       |
|-------------------------------|----|-----------------------------|-----------------|--------------------|--------------------------------------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion                                  | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 79370534                   |    | VELANDIA URREA LIBARDO IVAN | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | TRV 43 C 69 D 12 SUR BRR ARBORIZADORA ALTA | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 4550413  | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |           |            |          |            |            |                  |           |
|-----------------------------------|---------|-----------|------------|----------|------------|------------|------------------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave     |            | Tipo     | Fecha      |            | Pago             |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago      | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco            | Valor     |
| 2024-04                           | 2024-04 | 658594244 | 9466022600 | I        | 2024/05/09 | 2024/05/24 | BANCO DAVIVIENDA | \$407,200 |

| RESUMEN DE PAGO          |        |             |    |           |                 |                |                        |               |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|-----------------|----------------|------------------------|---------------|
| RIESGO                   | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$208,000       | \$2,600        | \$0                    | \$210,600     |
| COLPENSIONES             | 25-14  | 900,336,004 | 7  | 1         | \$208,000       | \$2,600        | \$0                    | \$210,600     |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$31,700        | \$400          | \$0                    | \$32,100      |
| ARL SURA                 | 14-11  | 890,903,790 | 5  | 1         | \$31,700        | \$400          | \$0                    | \$32,100      |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$162,500       | \$2,000        | \$0                    | \$164,500     |
| NUEVA E.P.S.             | EPS037 | 900,156,264 | 2  | 1         | \$162,500       | \$2,000        | \$0                    | \$164,500     |
| TOTAL                    |        |             |    | 1         | \$402,200       | \$5,000        | \$0                    | \$407,200     |



[Aumentar el contraste](#)



UTC -5 9:15:26



LIBARDO IVAN VELA...

Buscar...



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

1 Información general

2 Condiciones

3 Bienes y servicios

4 Documentos del Proveedor

5 Documentos del contrato

6 Información presupuestal

7 Ejecución del Contrato

8 Modificaciones del Contrato

9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

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

Crear

Documentos de ejecución del contrato

|                          | Descripción                                 | Nombre del archivo                       | Cargado por |                                                   |
|--------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------|
|                          | IVAN VELANDIA 2024 ENERO.pdf<br>(Archivado) | IVAN VELANDIA 2024 ENERO.pdf             | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA 2024 FEBRERO IVAN<br>VELANDIA.pdf    | CUENTA 2024 FEBRERO IVAN<br>VELANDIA.pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | Cuenta 2024 MARZO Ivan Velandia.pdf         | Cuenta 2024 MARZO Ivan Velandia.pdf      | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA 2024 abril IVAN<br>VELANDIA.pdf      | CUENTA 2024 abril IVAN VELANDIA.pdf      | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

|                                                                                   |                                     |                                                          |                                                |                          |                                           |                                                                                     |                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
|  |                                     | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.        |                                                |                          |                                           |                                                                                     |                               |
|                                                                                   |                                     | INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS           |                                                |                          |                                           |  |                               |
| DATOS DEL INFORME                                                                 |                                     |                                                          |                                                |                          |                                           |                                                                                     |                               |
| Periodo a Certificar:                                                             | Desde:                              | 2024-05-01                                               | Hasta:                                         | 2024-05-31               |                                           |                                                                                     |                               |
| Nombre del Contratista:                                                           | LIBARDO IVAN VELANDIA URREA         |                                                          |                                                | Número de Documento:     | 79370534                                  |                                                                                     |                               |
| Correo Electrónico:                                                               | mathews08@hotmail.om                |                                                          |                                                | Número Telefónico:       | 3115482745                                |                                                                                     |                               |
| Nombre del Supervisor:                                                            | SANDRA MILENA CERINZA SATIVA        | Cargo:                                                   | PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE PROCESO |                          |                                           | Código Grado:                                                                       | -                             |
| DATOS DEL CONTRATO                                                                |                                     |                                                          |                                                |                          |                                           |                                                                                     |                               |
| No. Contrato:                                                                     | 2508-2024                           | Año Contrato:                                            | 2024                                           | CDP Contrato Inicial:    | 434                                       |                                                                                     |                               |
| Perfil:                                                                           | AUXILIAR EN ENFERMERIA              |                                                          |                                                |                          |                                           |                                                                                     |                               |
| Dirección a la que Pertenece:                                                     | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS |                                                          |                                                |                          |                                           |                                                                                     |                               |
| Unidad de Servicios:                                                              | USS MEISSEN                         |                                                          |                                                |                          |                                           |                                                                                     |                               |
| LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS                                                          |                                     |                                                          |                                                |                          |                                           |                                                                                     |                               |
| Centro de Costos                                                                  | Dirección                           | Unidad                                                   | Número Horas                                   | Número Horas Adicionales | Valor Hora                                | Total                                                                               | Procetaje(%) Centro de Costos |
| B02ME                                                                             | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS | USS MEISSEN                                              | 180                                            | 0                        | 10510                                     | \$1891800                                                                           | 96.8%                         |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES:                                                      | \$ 1891800                          | UN MILLON OCHOCIENTOS NOVENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS PESOS |                                                |                          |                                           |                                                                                     |                               |
| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO                                               |                                     |                                                          |                                                |                          |                                           |                                                                                     |                               |
| Fecha de Inicio del Contrato                                                      |                                     | 2024-02-01                                               |                                                |                          | Fecha de Terminación del Contrato Inicial |                                                                                     | 2024-04-30                    |
| No. Prorroga                                                                      | Fecha Inicio                        | Fecha Terminación                                        | No. Adición                                    | Valor Adición            |                                           | CDP                                                                                 |                               |
| 1                                                                                 | 2024-04-01                          | 2024-06-30                                               | 1                                              | \$ 4098900               |                                           | 1020                                                                                |                               |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado                                               |                                     | Mes Cuenta de Cobro                                      |                                                |                          | Valor a Pagar                             |                                                                                     |                               |
| 1                                                                                 |                                     | FEBRERO                                                  |                                                |                          | \$ 1891800                                |                                                                                     |                               |
| 2                                                                                 |                                     | MARZO                                                    |                                                |                          | \$ 2017920                                |                                                                                     |                               |
| 3                                                                                 |                                     | ABRIL                                                    |                                                |                          | \$ 1891800                                |                                                                                     |                               |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | VALOR TOTAL DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | PAGOS REALIZADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SALDO DEL CONTRATO |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| \$ 5864580                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | \$ 9963480                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$ 5801520                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | \$ 4161960         |
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | PRODUCTO O EVIDENCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                    |
| 1                                                       | 1). Prestar servicios de perfil Auxiliar de Enfermería acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.                                                                                                                                                                                                                                                                                            | --presentación a paciente y explicación de procedimientos consentimientos informado-toma y registro de signos vitales -arreglo y desinfección de unidades -toma de paraclínicos control de venopunciones -baño de pacientes en cama y ducha -cambio de pañal -limpieza y curación de heridas -toma de electrocardiogramas -asistencia de dietas a pacientes -cambio de posición a pacientes postrados con o sin ayuda para evitar zonas depresión-notas de enfermería en dinámica gerencial - | -Se diligencian todos los campos de DINAMICA para llevar a cabo un registro detallado de cada usuario. Se realiza desde la atención a los protocolos y lineamientos i                                                                                                                                                                                                                                                                              |                    |
| 2                                                       | 2). Realizar actividades de información, educación, comunicación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | --se promueve el lavado de manos con todo el personal , paciente s - familiares , estricta utilización de tapa bocas tanto para pacientes como familiares - se indican riesgos de caídas - significado de maillas - -llamado de enfermería - acompañamiento de familiares permanentes con alto riesgo de caídas actividades de enfermería - registro en historia clínica por dinámica gerencial a -                                                                                           | -siste a capacitaciones y reuniones requeridas por las instituciones como garantía de capacitación y aprendizaje continuo para continuar brindando atención de calidad. Se trabaja desde el sector asistencial y administrativo para brindar servicios oportunos y de calidad                                                                                                                                                                      |                    |
| 3                                                       | 3). Registrar en la historia clínica la información de la intervención al paciente, plan de cuidados de enfermería, simultánea o inmediatamente después de su realización, con Integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique,sustituya), e informar de forma oportuna a la enfermera y/o médico del servicio, los cambios en el estado o evolución del paciente. | -egistran los datos acerca de la condición somática .psíquica social , cultural ,económica y medio ambiental que pueda incidir en la salud del paciente cambios significativos y cambios en la comida-Kardex , notas de enfermería                                                                                                                                                                                                                                                            | -Se realiza higiene personal y acompañamiento de paciente para traslado a baño. baño en tina, baño en cama, se realiza cambio de posición habitual a fin de impedir la aparición de úlceras provocadas por el peso del cuerpo. Asistencia a pacientes para alimentarse. vigilancia sobre los pacientes, observar cambios en su estado de salud y asegurarse de que se sientan cómodos. se explica al paciente y familiares eliminación de desechos |                    |
| 4                                                       | 4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de enfermería y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | --diligenciamiento de consentimientos informados con explicación previa al paciente y aclaración de dudas -diligenciamiento de inventarios de equipos e insumos de la unidad diligenciamientos registros de desinfección de unidades c- control de equipos de sutura -libros de inventario -libros de inventarios - carpetas de desinfección                                                                                                                                                  | --- Se brinda atención oportuna y segura garantizando la mejoría de los usuarios. Se presta atención desde los diagnósticos y estado de salud de cada usuario, a fin de que los tratamientos y cuidado sean adecuados según la necesidad y patologías de los pacientes                                                                                                                                                                             |                    |
| 5                                                       | 5) Apoyar el proceso de alta temprana, fortaleciendo conocimientos del paciente y la familia en la promoción de hábitos saludables, autocuidado y cuidados específicos de acuerdo a tratamiento y recomendaciones médicas, dejando registro escrito en la historia clínica y /o documentos destinados por la institución.                                                                                                                                                                                                                                                    | --se explica a los pacientes y familiares los tipos de alimentacion de acuerdo a sus diagnosticos historia clínica Kardex, Explicar a los familiares las normas sobre las visitas y el diagnóstico , Informar a pacientes y familiares sobre las pruebas solicitadas y resolver cualquier duda. -                                                                                                                                                                                             | -DINAMICA: notas de enfermería - actividades de enfermería - diligenciamiento de formatos de limpieza y desinfección - asistencia a capacitación sobre los cinco momentos de contacto con el paciente, higiene de manos, usuario y unidad                                                                                                                                                                                                          |                    |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) |                                                                                                      | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | PRODUCTO O EVIDENCIA                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6                                                       | 6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | --apoyo emocional al paciente de las especialidades de psicología , psiquiatría , trabajo social Manejar un control de los valores del paciente, Apoyo psicológico y físico al paciente, familiares y cuidadores. • SOPORTADO EN KARDEX DE ENFERMERIA , DINAMICA GERENCIAL En conjunto con los jefes de turno y medico se hace seguimiento a plataforma SIASUR para verificar examinar los procedimientos anexos. Se hace uso adecuado de | --DINAMICA y las herramientas que ofrece para registrar: cuidados de enfermería, como cambios de posición, escalas de piel y riesgos de caída, recibos y entregas de turno, a fin de garantizar la integralidad y secuencialidad en la atención |

| INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL                |                       |               |     |                |                                                          |                            |                                                  |                     |            |
|---------------------------------------------------------|-----------------------|---------------|-----|----------------|----------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------|---------------------|------------|
| Periodo al que corresponde el pago                      |                       | Fecha de Pago |     |                | Número de Planilla                                       | Factura Electrónica        | Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior |                     | \$ 1891800 |
| AÑO                                                     | MES                   | AÑO           | MES | DÍA            | 9466022600                                               | -                          |                                                  |                     |            |
| 2024                                                    | ABRIL                 | 2024          | 05  | 24             |                                                          |                            |                                                  |                     |            |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras |                       |               |     |                | UN MILLON OCHOCIENTOS NOVENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS PESOS |                            |                                                  |                     |            |
| Item                                                    |                       |               |     |                | Entidades Aportantes a Seguridad Social                  | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes                      | Valor Aportado      |            |
| Pensionado                                              |                       |               |     | NO             | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES      | \$ 1300000                 | \$ 208000                                        | \$ 208000           |            |
| Salud                                                   |                       |               |     |                | NUEVA EPS                                                |                            | \$ 162500                                        | \$ 162500           |            |
| ARL                                                     |                       |               |     | 3              | SURA                                                     |                            | \$ 31668                                         | \$ 31700            |            |
| Caja de Compensación                                    |                       |               |     | NO             |                                                          | Total                      | \$ 377286                                        | \$ 402200           |            |
| INFORMACIÓN DE PAGO                                     |                       |               |     |                |                                                          |                            |                                                  |                     |            |
| Entidad Bancaria                                        | BANCO DAVIVIENDA S.A. |               |     | Tipo de Cuenta | AHORROS                                                  |                            | Número de Cuenta                                 | 4870293174          |            |
| HISTÓRICO                                               |                       |               |     |                |                                                          |                            |                                                  |                     |            |
| OBSERVACIÓN                                             |                       |               |     |                | USUARIO                                                  |                            |                                                  | FECHA               |            |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                     |                       |               |     |                | LIBARDO IVAN VELANDIA URREA                              |                            |                                                  | 2024-05-25 09:22:24 |            |
| RECHAZADO SUPERVISOR                                    |                       |               |     |                | SANDRA MILENA CERINZA SATIVA                             |                            |                                                  | 2024-05-27 21:59:03 |            |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                 |                       |               |     |                | LIBARDO IVAN VELANDIA URREA                              |                            |                                                  | 2024-05-28 14:44:20 |            |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                                    |                       |               |     |                | SANDRA MILENA CERINZA SATIVA                             |                            |                                                  | 2024-05-29 07:58:20 |            |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN                                   |                       |               |     |                | CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA                           |                            |                                                  | 2024-06-01 16:52:17 |            |

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)

**NOTA:** La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Sandra Milena Cerinza S.

SANDRA MILENA CERINZA SATIVA  
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - REFERENTE DE PROCESO