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:	C. EXT DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS USS 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	2695			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	2508	FECHA	2024-11-30 07:21:37.000	NÚMERO DE CRP	72324	FECHA	2024-11-30 22:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL EN ENFERMERIA ESPECIALIZADO						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2024-11-01		2024-11-30			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3,920,160						
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:	$39,838,626
VALOR EJECUTADO	$39,103,596
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,920,160
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$735,030
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	98%

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
9475808358	$1,568,064	$196,008	$250,890	3	$38,198	$485,096

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

CINDY MALLERLY VARGAS PINILLA
1022336009
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 respetivo registro
Explicar al paciente y/o cuidador las indicaciones medicas relacionadas con medicamentos exámenes indicados y cuidados específicos	Se da de acuerdo al medicamento y preparación de exámenes 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	Intervención y acompañamiento en la atención del usuario ambulatorio	Acompañamiento a los pacientes de clínica del dolor y acupuntura Toma signos vitales valorando resultados y dando enseñanzas
Revisar Historias Clínicas .	Se realiza revisión historia clínica a pacientes programados para procedimientos , terapias de acupuntura ey las interconsultas	Historia clínica revisadas a pacientes programados para procedimientos acupuntura y las interconsultas
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	Pacientes atendidos oportunamente Registro pacientes atendidos doce diarios
Atender los pacientes para brindarles confort y seguridad durante los tratamientos de acupuntura	Acompañamiento permanente durante la terapia de acupuntura	Cero eventos adversos (caídas)
Realizar los procedimientos de enfermería, que ameriten los usuarios	• En tal caso que se requiera, se realiza la intervención .	Procedimiento realizado con su respetivo registro
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 quincenal para entrega de los consentimientos informados a estadística
Manejo, uso y custodia de recursos físicos, insumos y equipos	Inventariaos Elaboración de Tickest solicitiud de insumos.	Registro en el libro Ttickest enviados y gestionados soportes de almacén
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

CINDY MALLERLY VARGAS PINILLA
1022336009
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

aportes 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
2024-11	2024-11	1000001469	9477387401	I	2024/12/03	2024/12/04	BANCO DE BOGOTA	1	$234,600

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			$1,568,064	$196,100			$0	$0			$1,568,064	$38,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$1,568,064	$196,100			$0	$0			$1,568,064	$38,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$0	$0			$1,568,064	$196,100			$0	$0			$1,568,064	$38,200		$0	$0
1	CC 41682306	FARIAS RUTH		0	$0	$0	EPS001	30	$1,568,064	$196,100		0	$0	$0	14-11	30	$1,568,064	$38,200	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				**$0**	**$0**			**$1,568,064**	**$196,100**			**$0**	**$0**			**$1,568,064**	**$38,200**		**$0**	**$0**

aportes 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
2024-11	2024-11	1000001469	9477387401	I	2024/12/03	2024/12/04	BANCO DE BOGOTA	1	$234,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$38,200	$100	$0	$38,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$38,200	$100	$0	$38,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$196,100	$200	$0	$196,300
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$196,100	$200	$0	$196,300
TOTAL				1	$234,300	$300	$0	$234,600

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS 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 novecientos veinte mil ciento sesenta pesos moneda/corriente ($3.920.160) por concepto de prestar servicios profesionales especializados a la gestion administrativa y/o asistencial a la subgerencia asistencial dentro los diferentes procesos y procedimientos,durante el periodo comprendido enter el 1 de Diciembre al 31 de Diciembre del 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestacion de servicio No. 2695 del 2024.

Ruth Elena de la Cruz Farias Molano

Cc 4.1682.306 de Bogota

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 000570122515