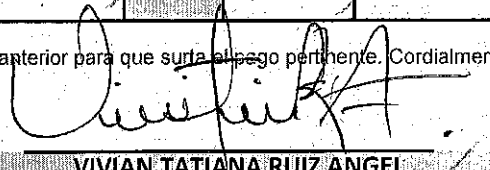


	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA	Versión	3	
		Fecha de aprobación	16/02/2018	
		Código	04-02-FG-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA																			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				VIVIAN TATIANA RUIZ ANGEL															
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	No.		53073954										
CORREO ELECTRONICO:				viviantangel@gmail.com				CELULAR:		3105647488									
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								Subred integrada de servicios de salud sur occidente E.S.E											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				Urgencias				SEDE:		USS KENNEDY									
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%						
		KE10001	100%																
ENTIDAD FINANCIERA:				DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros									
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				468200038098						PENSIONADO		No							
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS																			
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				352-2021				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				1 de 3							
NÚMERO DE CDP		30		FECHA		08/01/2021		NÚMERO DE CRP		10844		FECHA		31/01/2021					
OBJETO DEL CONTRATO:																			
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DIA		MES		AÑO		HASTA		DIA		MES		AÑO	
						1		2		2021				28		2		2021	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$3.304.104															
TIPO DE SERVICIOS				Asistencial				RESERVA DE GLOSA 2%											
OBSERVACIONES:																			
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO																			
CONCEPTO								VALORES											
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:								\$9.912.312											
VALOR EJECUTADO								\$3.304.104											
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$3.304.104											
VALOR A LIBERAR								\$0											
SALDO POR EJECUTAR								\$6.608.208											
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN								33%											
El Interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:																			
Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> 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							
8348244686		\$1.276.927,00		\$163.100		\$208.800		3		\$31.800		\$403.700							
<p>Dado en Bogotá en el mes de Febrero del año Dos Mil Veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,</p> <p>   </p> <p> YULY ANGELICA LOZANO GUARNIZO (E) NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR: </p> <p> VIVIAN TATIANA RUIZ ANGEL NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA </p>																			

Maels Andrea Ruiz
 TRABAJADORA SOCIAL
 T.P. 238.875.223-1
 Vo Bo
 Maels Andrea Ruiz Gómez
 Vo Bo Sindy

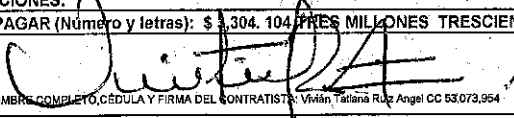
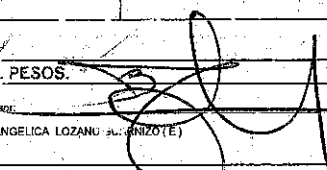
 SECRETARÍA DE SALUD Subsecretaría de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

Ubicación del Servicio:	USS OCCIDENTE DE KENNEDY	Sede: KENNEDY
No. DE CONTRATO:	352/2021	Periodo certificado desde el
		Día Mes Año a Día Mes Año
		1 2 2.021 a 28 2 2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	VIVIAN TATIANA RUIZ ANGEL	C. C. 53.073.954 DE BOGOTÁ

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Trabajo Social 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.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Realizar Revista Social verificando en el Censo Diario de pacientes de Urgencias y/o Hospitalización a fin de detectar N.N. y/o sin Seguridad Social, respetando las normas de Bioseguridad en los Servicios y registrando en la Historia Clínica el día. 2. Dar respuesta a las Consultas Sociales, dejando el reporte en la Historia Clínica. 3. Dar cumplimiento al anexo 2 del Contrato PFDS según obligación del Hospital: Elaboración de Instrumentos Provisionales	1. cumple 2. cumple 3. cumple	1. Revista Social 1.1 Estrategia "Estamos Contigo" 2. Definición de Seguridad Social 2.1 Realización formulario de No afiliación (envió a Secretaría De Salud) 2.2 Elaboración Instrumento Provisional 2.3 Elaboración de Estudio Social de Caso 2.4 Trámites de portabilidades gestantes 3. Consulta Social por patología Social 3.1. Seguimiento y adherencia al tratamiento	22 21 4 0 57 0 4 0
4. Dar cumplimiento a los lineamientos dados por el Programa de Humanización. 5. Divulgar la política de atención al usuario en los servicios asignados. 6. Definir la Seguridad Social de los pacientes que ingresan Urgencias y/o Hospitalización N.N. y/o sin Sistema de Seguridad Social y en cumplimiento de la Resolución 1995 de 1995 se debe realizar Nota en la Historia Clínica, el día del Ingreso, definiendo.	4. cumple 5. cumple 6. cumple	4. Formato consulta Social (Soporte Pagares) 5. Visita Domiciliaria 6. Notificación de Menor en abandono / maltrato infantil 6.1 Ubicación de menor en ICBF	0 0 7 1
7. Gestionar con Entes Externos, Públicos y Privados la remisión y/o ubicación de pacientes especiales. 8. Diligenciar Estudios Sociales y Fichas Epidemiológicas en los servicios de Urgencias y Hospitalización 9. Presentar Informe Mensual solicitado por la Supervisora del Contrato. 10. Cumplir las actividades de respuestas de Quejas y Reclamos del servicio asignado, según procedimiento establecido.	7. cumple 8. cumple 9. cumple 10. cumple	7. Identificación Código Blanco 7.1 Notificación Ente Judicial (CAIBAS GEDES) 8. Diligenciamiento de ficha SIVIM y SISVECO 9. Seguimiento a paciente en condición de abandono Social (Se realiza cada tercer día) 9.1 Ubicación de paciente en abandono Social 9.2 Movilización de recursos. 10. Notificación a entes protectores de los derechos humanos (Personería Defensoría del Pueblo, Comisarías de Familia)	0 0 8 0 0 31 0
11. Dar cumplimiento al Plan Operativo POA del Proceso de Trabajo Social y Atención al Usuario. 12. Dar cumplimiento al proceso de Sistema de Gestión de Calidad. 13. Reportar recibos de Aportes en Salud y Pensión y Riesgos Profesionales, debidamente revisado por la supervisora del contrato.	11. cumple 12. cumple 13. cumple	11. Notificación Habitante de Calle 11.1. Cedulación de pacientes indocumentados 12. Trámites y entrega de Fallecidos en Abandono Social -Obito fetal 13. Seguimiento a paciente con intento de suicidio (pacientes menores de edad)	0 0 9 0
14. Dar cumplimiento al proceso de socialización en Deberes y Derechos de pacientes de Urgencias y Hospitalización, según procedimiento establecido. 15. Ingresar los motivos de orientación y monitorización de Acceso a los servicios de salud al aplicativo SIDMA. 16. Respetar los Derechos del paciente, cumplir con el código de ética y todas las disposiciones como servidores en el área de la salud. 17. Realizar un uso correcto y racional de los recursos del Hospital que sean destinados para el cumplimiento de las actividades contractuales.	14. cumple 15. cumple 16. cumple 17. cumple	14. Diligenciamiento de ficha SISVECO y reporte a gestión del riesgo 15. Direccionamientos a población víctima del conflicto armado (Desplazado, Reinsertado, Desmovilizado, Encubierta) 16. Reporte para identificación de NN ante Fiscalía General de la Nación y Registradora del estado Civil. 17. Ubicación de familiares	0 0 0 96
18. Portar el Camé de la Institución, durante el desarrollo de las actividades. 19. Dar aviso oportuno de aquellos aspectos que puedan generar obstáculo y/o riesgo en el desarrollo de las actividades. 20. Cumplir las normas de Bioseguridad según los procedimientos establecidos por institución y el manejo de desechos institucionales. 21. Asistir a las actividades de Inducción, Reinducción y capacitaciones organizadas por la Institución. 22. Dar cumplimiento a los lineamientos establecidos por el proceso de formación, investigación y asistencia técnica. 23. Cumplir con las responsabilidades definidas en el PIGA. 24. Demás actividades que sean afines a la naturaleza del contrato. 25. Demás actividades que sean afines a la naturaleza del contrato	18. cumple 19. cumple 20. cumple 21. cumple 22. cumple 23. cumple 24. cumple 25. cumple 26. cumple 27. cumple 28. cumple 29. cumple 30. cumple 31. cumple 32. cumple	18. Socialización de deberes y Derechos 19. Asistencia a reuniones o capacitaciones 20. Registro de barreras / orientaciones en aplicativo SIDMA (Sistema de Identificación de Barreras de Acceso) 21. Elaboración de Informes 22. Elaboración de encuestas de satisfacción 23. Cuidado del niño 24. Crecimiento y desarrollo 25. Planificación familiar 26. Información por demoras en la atención 27. Orientación en aseguramiento 28. Cuidados de la enfermedad 29. Orientación oxígeno domiciliario 30. Necesidad de Información 31. Referencia y contrareferencia 32. Redes de apoyo familiar	23 0 0 0 0 0 0 58 0 153 0 7 129

OBSERVACIONES:	
TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 304.104 TRES MILLONES TRESCIENTOS CUATRO MIL CIENTO CUATRO PESOS.	
NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Vivian Tatiana Ruiz Angel CC 53.073.954 	Fecha: 04/02/2018 Firma de recibido supervisor:  YULIANGELICA LOZANO AL. (RIZO) E

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato por parte del supervisor.

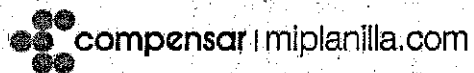
TRABAJADORA SOCIAL
T.P. 238.875.223-1

Vo Bo
Moels Andra Rez Gomez

Señor(es): VIVIAN TATIANA RUIZ ANGEL
Nit: CC 53073954
Dirección: CALLE 2 B No. 40 08
Teléfono: 3925209 **Fax:**
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:



Nombre	VIVIAN PATIANA RUIZ ANGULO
Apellido y número de identificación	53073954
Número de radicación en planilla	5348244686
Fecha de pago	28/02/2011
Número de autorización de pago	59349812
Planee	1023
Valor Comisión	\$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Enero 2021
Periodo cotización pension	Enero 2021
Periodo cotización caja	Enero 2021
Número de administradores	4
Total Pasivos	\$429,800
Total Interés por pagar	\$0

[illegible]

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

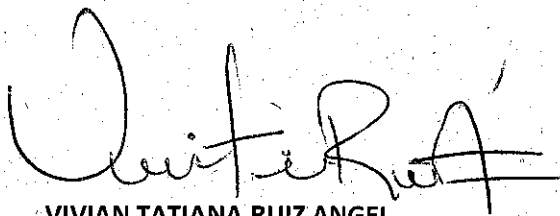
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

VIVIAN TATIANA RUIZ ANGEL

C.C 53.073.954 DE BOGOTÁ

La suma de 3.304.104 por concepto de: Trabajadora Social en la oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano durante el periodo de 01 al 28 de Febrero de 2021 en conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 352-2021



VIVIAN TATIANA RUIZ ANGEL

C.C. 53.07.954 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 468200038098