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. SALUD
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YELITHZA LILIANA IBAÑEZ LEON											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52.935.168						
CORREO ELECTRONICO:	YELITHZAIBANEZLEON@HOTMAIL.COM				CELULAR:	3002133222						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					USS TINTAL							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	MEDICO GENERAL				SEDE:	KE11						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	KE11-A10	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7590449380								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3147-2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			4 DE 4				
NÚMERO DE CDP	501	FECHA	10/04/2019	NÚMERO DE CRP	21248	FECHA	30/04/2019				
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar apoyo como PROFESIONAL EN MEDICINA GENERAL en el area de ASISTENCIAL dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. De acuerdo a las necesidades de la Institucion.**										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	5	2019		31	5	2019			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$5.389.248										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%									
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que											
192 HRS											

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$21.220.164
VALOR EJECUTADO	$21.051.750
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$5.389.248
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$168.414
PORCENTAJE DE EJECUCION	99%

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 $2,070,290, 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
7720663375	$2.223.064,00	$277.900	$355.700	3	$54.200	**$687.800**

Dado en Bogotá a los () días del mes de Mayo del año Dos Mil Diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

JEFE LORENA MARGARITA BERRIO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

YELITHZA LILIANA IBAÑEZ LEON
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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	CONSULTA EXTERNA UMHE TINTAL			**Sede: UMHE TINTAL**					
No. DE CONTRATO:	3147-2019	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	5	2.019		31	5	2.019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YELITHZA LILIANA IBAÑEZ LEON		**C. C.**	52.935.168		**DE**	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como MEDICO GENERAL de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Realizar consulta médica y Ambulatoria con rendimiento de 3 y productividad de 3	100%	Realizar consulta médica y Ambulatoria con rendimiento de 3 y productividad de 3	Se realizaron 500 consultas
Realizar consulta medica de Promoción y Prevención de la Enfermedad	100%	Realizar consulta medica de Promoción y Prevención de la Enfermedad	Demanda del servicio
Cumplir con el manual de bioseguridad de la institución y manejo de desechos hospitalarios	100%	Cumplir con el manual de bioseguridad de la institución y manejo de desechos hospitalarios	Se cumplió con lineamientos del manual de bioseguridad y manejo de desechos hospitalarios
Cumplir con el manual de procesos y procedimientos de la institución	100%	Cumplir con el manual de procesos y procedimientos de la institución	Se cumplió con los procedimientos establecidos en el Hospital para consulta externa
Cumplir con los protocolos, Normas tècnicas, Guìas de manejo, propias del área	100%	Cumplir con los protocolos, Normas tècnicas, Guìas de manejo, propias del área	Se cumple con las guias de manejo de pacientes crónicos: HTA, DM , promoción y prevención: Crecimiento y desarrollo entre otras.
Solicitar racionalmente los apoyos diagnósticos y terapéuticos acorde con las guías de manejo del servicio	100%	Solicitar racionalmente los apoyos diagnósticos y terapéuticos acorde con las guías de manejo del servicio	Se solicitaron los apoyos diagnósticos de acuerdo con la pertinencia y guías de manejo
Entregar los registros de RIPS legibles acorde con la normatividad vigente al técnico de estadística de la sede	100%	. Entregar los registros de RIPS legibles acorde con la normatividad vigente al técnico de estadística de la sede	Se diligenció y entregaron los RIPS a diario al área de estadística e información de la sede
Participar en la inducción de demanda a los programas de promoción y prevención y en especial los programas de control prenatal, crecimiento y desarrollo. Crónicos.	100%	Participar en la inducción de demanda a los programas de promoción y prevención y en especial los programas de control prenatal, crecimiento y desarrollo. Crónicos.	Se participó activamente atendiendo pacientes inducidos para P y P , y demás atenciones según requerimiento
Diligenciar las fichas de notificación obligatoria acorde con las normas definidas por el Ministerio de Salud	100%	Diligenciar las fichas de notificación obligatoria acorde con las normas definidas por el Ministerio de Salud	Se diligenciaron los formatos de eventos de notificación obligatoria (ERA, GESTA, SISVAN, entre otros)
Participar en la revisión de historias clínicas por la auditoria médica tanto interna como externa	100%	Participar en la revisión de historias clínicas por la auditoria médica tanto interna como externa	No he participado
Ejercer las demas funciones que le sean asignadas y sean inherentes con la naturaleza del cargo.	100%	Ejercer las demas funciones que le sean asigandas y sean inherentes con la naturaleza del cargo. Apóyando ala oficina en gestiones de aseguramiento	Participacion en espacios de reunion de mesa de trabajo .

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 5,389,248, CINCO MILLONES TRECIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL DOCIENTOS CUARENTA Y OCHO pesos mcte.

Yelithza Ibañez León
52 935 168 Bta.

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YELITHZA LILIANA IBAÑEZ LEON, CC: 52,935,168

Fecha : Firma de recibido supervisor: JEFE LORENA MARGARITA BERRIO

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

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52935168
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	YELITHZA LILIANA IBANEZ LEON IBANEZ LEON		
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 36 A NO 56 48 INTERIOR 10	TELÉFONO:	9069341
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7720663375**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES: abril AÑO: 2019	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES: abril AÑO: 2019		
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2019/05/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	445061504		

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 355.700
SUBTOTAL:			1	**$ 355.700**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 277.900
SUBTOTAL:			1	**$ 277.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 54.200
SUBTOTAL:			1	**$ 54.200**

TOTAL PAGADO:	**$ 687.800**

Yelithza Ibañez León
52935168