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	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			5 DE 5 ✓			
NÚMERO DE CDP	664 ✓	FECHA	21/05/2019 ✓	NÚMERO DE CRP	25857	FECHA	31/05/2019 ✓			
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	6	2019 ✓		30	6	2019 ✓		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$4.238.419 ✓									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%								

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que

PAGO 151 HORAS

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$25.767.342 ✓
VALOR EJECUTADO	$24.784.927 ✓
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4.238.419 ✓
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$982.415 ✓
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	96%

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
7722922467 - 7723631423	$2.155.699,00	$269.462 ✓	$344.912 ✓	3	$52.513 ✓	**$666.887** ✓

Dado en Bogotá a los () días del mes de JUNIO 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 Ibañez León
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	Dia	Mes	Año	a	Dia	Mes	Año	
			1	6	2.019		30	6	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 estadistica 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): $ 4,238,419 CUATRO MILLONES DOCIENTOS TREINTAYOCHOMIL CUATROCIENTOS DIECINUEVE pesos mcte.

YELITHZA IBAÑEZ LEON 52935168

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:	**7722922467**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2019	SALUD:	AÑO:	2019
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2019/06/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		455777839

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 285.700
SUBTOTAL:			1	**$ 285.700**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 223.200
SUBTOTAL:			1	**$ 223.200**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 43.500
SUBTOTAL:			1	**$ 43.500**

TOTAL PAGADO:	**$ 552.400**

OK

yelithza ibañez león CC 52935168 3510.

SOI | Pagos de Seguridad Social

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:	**7723631423**		TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2019	SALUD:	AÑO:	2019
DÍAS DE MORA:		1			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2019/06/19	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		459744519

NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7722922467	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2019/06/10

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 59.400 ✓
SUBTOTAL:			1	**$ 59.400**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 46.400 ✓
SUBTOTAL:			1	**$ 46.400**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 9.200 ✓
SUBTOTAL:			1	**$ 9.200**

TOTAL PAGADO:	**$ 115.000**

OK

Yelithza Ibañez León CC 52935168 BTÁ.
TOTAL PAGADO: $. 667.400.