



**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN
DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE
PAGO POR TESORERÍA**

Versión: 3
Fecha de aprobación: 15/02/2018
Código: 04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA																			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				AMAYA FARFAN MARIA ALEJANDRA															
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		1.020.719.458										
CORREO ELECTRONICO:				malejaamaya@hotmail.com				CELULAR:		3115765650									
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								KE10											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				Neurología				SEDE:		Kennedy									
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%						
		KE10A13	77	KE10B04	23														
ENTIDAD FINANCIERA:				DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros									
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				6387907923						PENSIONADO		No							
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS																			
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				1737 de 2019				N° DE PAGOS DEL CONTRATO		8 DE 8									
NÚMERO DE CDP		1174		FECHA		29/08/19		NÚMERO DE CRP		38511		FECHA		31/08/19					
OBJETO DEL CONTRATO:				APOYO COMO PROFESIONAL EN PSQUIATRÍA															
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DIA		MES		AÑO		HASTA		DIA		MES		AÑO	
						1		9		2019				30		9		2019	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$7.071.627															
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%				\$0											
OBSERVACIONES:																			
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO																			
CONCEPTO										VALORES									
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:										\$56.573.016									
VALOR EJECUTADO										\$56.573.016									
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA										\$7.071.627									
VALOR A LIBERAR										\$0									
SALDO POR EJECUTAR										\$0									
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN										100%									
El intervisor 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 \$2.070.290 , 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							
1022916440		\$2.828.650,80		\$353.581		\$452.584		3		\$68.906		\$875.071							
Dado en Bogotá a los () días del mes de Septiembre del año Dos Mil Diez y Nueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,																			
 FIDEL ERNESTO SOBRINO MEJÍA NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:										 AMAYA FARFAN MARIA ALEJANDRA NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA									



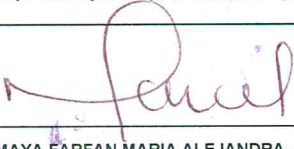
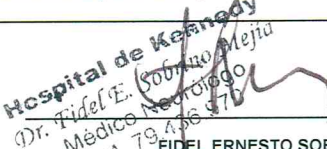
Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión: 2
Fecha de aprobación: 03/04/2017
Código: 04-02-FO-0003



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD E.R.

Ubicación del Servicio:		NEUROLOGIA		Sede: USS OCCIDENTE DE KENNEDY					
No. DE CONTRATO:	1737 de 2019	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	9	2019		30	9	2019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	AMAYA FARFAN MARIA ALEJANDRA		C. C.	1.020.719.458			DE	Bogotá	
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 APOYO COMO MEDICO ESPECIALISTA-PSIQUIATRA Del Centro de Excelencia en Epilepsia 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			
Estudio y el tratamiento de los trastornos mentales, de los pacientes que ingresen a los centros de excelencia del servicio de neurología, para ayudar a que venzan sus dificultades y se adapten a las obligaciones y a la convivencia sana con el medio que los rodea, con la ayuda de la terapia y/o los medicamentos.	100	Realiza consulta externa de pacientes con diagnóstico de epilepsia pertenecientes al centro de excelencia en epilepsia y del servicio de neurología.				Registro en hojas de evolución de consulta externa.			
Dar información al pacientes y/o familiar sobre el estado de salud de acuerdo al estado de salud mental que presente el paciente durante la consulta.	100	Da información al pacientes y/o familiar sobre el estado de salud de acuerdo al estado de salud mental que presente el paciente durante la consulta.				Registro en historia clínica de consulta externa			
Diligenciar correctamente la historia clínica establecida en la institución, de acuerdo a los parámetros establecidos en la resolución 1995 y al manual de manejo de historia clínica de la unidad de servicios de salud occidente de Kennedy.	100	Diligencia correctamente la historia clínica establecida en la institución, de acuerdo a los parámetros establecidos en la resolución 1995 y al manual de manejo de historia clínica de la unidad de servicios de salud occidente de Kennedy.				Auditoria de calidad en el diligenciamiento de historias clínicas, por parte de la coordinación.			
Cumplir con el diligenciamiento de los Registros individuales de prestación de servicios en la especialidad de psiquiatría.	100	Diligencia los Registros individuales cada vez que realiza consulta de Psiquiatría				RIPS debidamente diligenciados con diagnostico correspondiente.			
Mantener las estadísticas mensualmente, con el fin de determinar la comorbilidad de patologías psiquiátricas en el servicio de neurología y el centro de excelencia en epilepsia.	100	Realiza estadísticas mensualmente, con el fin de determinar la comorbilidad de patologías psiquiátricas en el servicio de neurología y el centro de excelencia en epilepsia.				Consolidado mensual que reposa en la coordinación del servicio.			
Informar cualquier indicio de atención insegura que se presente durante el desarrollo de sus actividades con el fin de mitigar riesgos en la atención de pacientes.	100	Realiza reporte, toda vez que se presente un indicio de atención insegura				Ficha de indicio de atención insegura diligenciadas y gestionadas con la oficina de seguridad del paciente.			
Participar de manera activa en las juntas de neurología, que tiene establecido el servicio.	100	Participa activamente en las juntas que realiza el servicio				Reportes de evolución de juntas medicas en historia clínica y RIPS entregados al área de gestión documental.			
OBSERVACIONES:									
TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 7.071.627 (Siete Millones Setenta y Un Mil Seiscientos Veinti Siete pesos M/cte)									
 AMAYA FARFAN MARIA ALEJANDRA - CÉDULA 1020719458					 Hospital de Kennedy Dr. Fidel E. Sobrino Mejía Médico Neuropsiquiatra RM. 79.456.970 FIDEL ERNESTO SOBRINO MEJÍA				
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.									



PAGOSIMPLE I

AUTOLIQUDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2019-08-20, 06:51:21 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1022916440
Período Cotización: agosto de 2019 Período Servicio: agosto de 2019

PAGADO 03/08/2019 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	AMAYA FARFAN MARIA ALEJANDRA	Dirección	CL 124 19 46 APTO 204
Documento	CC1020719458	Teléfono	2135042
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL	Departamento	BOGOTÁ D.C.
Ciudad	BOGOTÁ D.C.	Identificación	
Representante Legal		ARP	COLMENA VIDA Y RIESGOS PROFESIONALES
Total Afiliados	1		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado		Novedades														Pensiones				Salud				Riesgos				Cajas				Parafiscales				Total																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
		Subtipo Cotizante	Tipo Cotizante	Apellidos y Nombres	ING	RET	RET P	TAE	TAP	VSP	COR	EST	LMA	VAC	VOT	RFP	Dias A.P.	Dias C.F.	Dias A.P.	Administradora	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte ICSP	ESAP	Aporte Ministerio	Total																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Identificación																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									</

III. TOTALES

IBC Pensión	\$ 2.828.700	IBC Salud	\$ 2.828.700	IBC Riesgos	\$ 2.828.700	IBC Cajas	\$ 0	Aportes Pensión	\$ 452.600	Aportes Salud	\$ 353.600	Aportes Riesgos	\$ 69.000	Aportes Cajas	\$ 0	Aportes SENA	\$ 0	Aportes ICBF	\$ 0	Aportes ESAP	\$ 0	Aportes Min Educación	\$ 0	Incapacidades Líquidos Saldo a Favor EPS	\$ 0	Incapacidades ARP	\$ 0	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	\$ 875.200	TOTAL INTERESES DE MORA	\$ 0	TOTAL FINAL	\$ 875.200
-------------	--------------	-----------	--------------	-------------	--------------	-----------	------	-----------------	------------	---------------	------------	-----------------	-----------	---------------	------	--------------	------	--------------	------	--------------	------	-----------------------	------	--	------	-------------------	------	--------------------------------	------------	-------------------------	------	-------------	------------

Hospital de Kennedy
Dr. Fidel E. Sobrino Mejía
Médico Neurólogo
RM. 79.436.979