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	ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ACOSTA AMAYA ANGELA PATRICIA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.014.195.285						
CORREO ELECTRONICO:	angela.acosta.a@gmail.com				CELULAR:	3132332979						
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	1800162065								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1736 de 2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1 de 3			
NÚMERO DE CDP	165	FECHA	17/01/19	**NÚMERO DE CRP**	13343	**FECHA**	31/01/19			
OBJETO DEL CONTRATO:	**APOYO COMO PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA**									
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO		
		1	2	2019		28	2	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.075.510									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%			$0				

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$9.226.530
VALOR EJECUTADO	$3.075.510
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.075.510
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$6.151.020
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	33%

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
1018389970	$1.160.565,60	$145.071	$185.690	3	$28.271	$359.033

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

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

FIDEL ERNESTO SOBRINO MEJIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Angela P. Acosta.

ACOSTA AMAYA ANGELA PATRICIA
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:	NEUROLOGIA		**Sede:**	USS OCCIDENTE DE KENNEDY					
No. DE CONTRATO:	2507 de 2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	a	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	2	2019		28	2	2019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ACOSTA AMAYA ANGELA PATRICIA		**C. C.**	1.014.195.285		**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 Psicóloga 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
Elaboración de concepto Psicosocial para la aprobación o no de pacientes candidatos a cirugía de epilepsia.	**100**	Entrevista a paciente y familiar	Informe de valoración Psicosocial
Mantenimiento y alimentación de bases de datos de pacientes del Centro de excelencia en epilepsia.	**100**	Mantiene y alimenta de bases de datos de pacientes del Centro de excelencia en epilepsia.	Base de datos del centro de excelencia en epilepsia actualizadas mensualmente. Y datos específicos para alimentar indicadores de gestión.
Diseño y/o implementación de programa Psicoeducativo para pacientes con epilepsia y sus familias.	**100**	Realizó programa Psicoeducativo para pacientes con epilepsia y sus familias.	Programa aprobado por el área de calidad, que se encuentra en el aplicativo almera.
Participación en las juntas del servicio de neurología.	**100**	Participa en las Juntas del Centro de excelencia en epilepsia	RIPS entregados al área de consulta externa para su archivo.
Acompañamiento en la consulta de Cirugía para la epilepsia con el propósito de fortalecer educación individual al paciente.	**100**	Apoya y orienta a los pacientes que ingresan a la consulta de cirugía para la epilepsia.	Pacientes orientados en su ciclo de atención y con conducta a seguir para continuar su tratamiento.
Acompañamiento a todo el proceso del ciclo de atención de los pacientes que asisten al centro de excelencia en epilepsia.	**100**	Acompañamiento al proceso del ciclo de atención de los pacientes que asisten al centro de excelencia en epilepsia, dentro de ia consulta de Cirugía para la epilepsia con el propósito de fortalecer educación individual al paciente.	Gestión de información con cada paciente respecto a su ciclo de atención.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 3.075.510 (Tres millones setenta y cinco mil quinientos diez pesos M/CTE)

Angela P. Acosta

ACOSTA AMAYA ANGELA PATRICIA - CÈDULA 1014195285

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

FIDEL ERNESTO SOBRINO MEJÍA

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2019-02-11, 03:12:38 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1018389970

Periodo Cotización: enero de 2019 **Periodo Servicio:** enero de 2019 **Referencia pago (PIN):** 8896576220

PAGADO 11/02/2019

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANGELA PATRICIA ACOSTA AMAYA		
Documento	CC1014195285	**Dirección**	CALLE 86 A 111 A 49 IN6 401
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3132332979
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				To
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Tc
CC 1014195285	ANGELA PATRICIA ACOSTA AMAYA	59	00																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 1,160,566	$ 185,700	(EPS010) EPS SURA	$ 1,160,566	$ 145,100	2.436	$ 1,160,566	$ 28,300	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1,160,566	$ 1,160,566	$ 1,160,566	$ 0	$ 185,700	$ 145,100	$ 28,300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359,100	$ 0	$ 359,100

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

Angela P. a cta.
1014195285.

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.