

 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. <small>Municipio Mayor de Bogotá D.C.</small>
		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:				1067 de 2020				N° DE PAGOS DEL CONTRATO		6 de 6									
NÚMERO DE CDP		574		FECHA		20/04/20		NÚMERO DE CRP		22016		FECHA		30/04/20					
OBJETO DEL CONTRATO:				APOYO COMO PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA															
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DIA		MES		AÑO		HASTA		DIA		MES		AÑO	
						1		7		2020				31		7		2020	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:								\$3.192.318											
TIPO DE SERVICIOS				Asistencial				RESERVA DE GLOSA 2%				\$0							
OBSERVACIONES: De acuerdo Decreto Legislativo 417 de 17 de marzo de 2020 en su Artículo 2 y puntualmente la excepción de pago del impuesto solidario "El talento humano en salud que preste sus servicios a pacientes con sospecha o diagnóstico de coronavirus COVID 19 incluidos los que prestén vigilancia epidemiológica y que por consiguiente están expuestos a riesgo de contagio, así como los miembros de la fuerza pública no son sujetos del impuesto solidario COVID 19" - Teniendo en cuenta el objeto de mis actividades Ratifico mi intención de NO autorizar descuento de mis honorarios para impuesto solidario COVID 19.																			
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO																			
CONCEPTO								VALORES											
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:								\$19.153.908											
VALOR EJECUTADO								\$19.153.908											
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$3.192.318											
VALOR A LIBERAR								\$0											
SALDO POR EJECUTAR								\$0											
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN								100%											
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 \$2.194.508, 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													
1030146046	\$1.276.927,20	\$159.616	\$204.308	3	\$31.106	\$395.030													
Dado en Bogotá a los () días del mes de Julio del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,																			
 FIDEL ERNESTO SOBRINO MEJÍA NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR								 ACOSTA AMAYA ANGELA PATRICIA NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA											



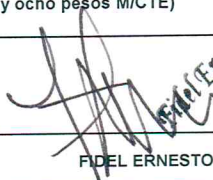
Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Ubicación del Servicio:	NEUROLOGIA		Sede: USS OCCIDENTE DE KENNEDY						
No. DE CONTRATO:	1067 de 2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	7	2020		31	7	2020
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 la 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): \$ 3.192.318 (Tres millones ciento noventa y dos mil trescientos diez y ocho pesos M/CTE)									
 ACOSTA AMAYA ANGELA PATRICIA - CÉDULA 1014195285					 FIDEL ERNESTO SOBRINO MEJÍA				
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.									

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2020-07-07, 03:54:50 PM Tipo Planilla I Número Planilla 1030146046
 Período Cotización 202006 Período Servicio 202006

Ciente:

PAGADA 2020-07-07

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANGELA PATRICIA ACOSTA AMAYA				
Documento	CC 1014195285		Dirección	CALLE 86 A 111 A 49 INT 6 401	
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE		Teléfono	8120764	
Tipo Persona	NATURAL		Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados 1
Ciudad	BOGOTA D.C.		Departamento	BOGOTA D.C.	
Representante Legal			Identificación		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1014195285	Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	57 00				ACOSTA AMAYA ANGELA PATRICIA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades	Pensión				Salud				Riesgos				Caja				Parafiscales			
	Código AFP	Tarifa AFP	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Código EPS	Tarifa EPS	Total Aporte EPS	Total Aporte FSP	Código EPS	Tarifa EPS	Total Aporte EPS	Total Aporte FSP	Código EPS	Tarifa EPS	Total Aporte EPS	Total Aporte FSP	Código EPS	Tarifa EPS	Total Aporte EPS	Total Aporte FSP
NOVEDADES	230201	16 %	\$ 1.276.927	\$ 204.400	EP5010	12,5 %	\$ 1.276.927	\$ 159.700	EP5010	12,5 %	\$ 1.276.927	\$ 159.700	EP5010	12,5 %	\$ 1.276.927	\$ 159.700	EP5010	12,5 %	\$ 1.276.927	\$ 159.700

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION (ING + PROTECCION)	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	\$ 395.300
\$ 204.400	\$ 0	\$ 0	\$ 159.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 395.300

Dr. Fernando Sotomayor
 Neurológico
 RM. 794369379

Angela P. Acosta



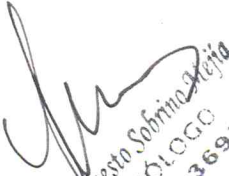
DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ACOSTA AMAYA ANGELA PATRICIA
C.C 1014195285 DE Bogotá

La suma de \$ 3.192.318 (Tres millones ciento noventa y dos mil trescientos diez y ocho pesos M/CTE), por concepto de: Apoyo Como Profesional En Psicología durante el periodo de 01 al 31 de Julio de 2020 conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1067 de 2020.


ACOSTA AMAYA ANGELA PATRICIA
C.C 1014195285 DE Bogotá
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 1800162065


Fidel Ernesto Sobrino
NEUROLOGO
R.M. 79436979