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:	PATRICIA MARIA AGAMEZ GONZALEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	55.250.270							
CORREO ELECTRONICO:	patriciaagamezgonzalez@gmail.com				CELULAR:	3003159352							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						FONTIBON							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	GESTION CLINICA AMBULATORIA(CAPS ZONA FRANCA) F008 , KE10 (USS OCCIDENTE KENNEDY)				SEDE:	Fontibon							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	F008 A 17	49%	KE10A 17	51%									
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	004870319219										PENSIONADO	No	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2217-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			10			
NÚMERO DE CDP	574 1052 1380 1597	FECHA	20/04/2020 22/7/2020 25/09/2020 31/10/2020	NÚMERO DE CRP		23082 30283 35571 41361 47620	FECHA	30/04/2020 31/7/2020 30/08/2020 30/09/2020 6/11/2020		
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como PSIQUIATRA 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 Institución.									
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
			1	11	2020		30	11	2020	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			valor hora ambulatoria $ 70902			valor hora hospitalaria $ 78929				
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%			$0				

OBSERVACIONES:108 Horas CAPS Zona Franca horas , horas hospitalarias 130 , la Dra Patricia Maria Agamez medico Psiquiatra presta sus servicios a pacientes con sospecha o diagnóstico de coronavirus COVID 19 .

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$168.759.266
VALOR EJECUTADO	$168.582.011
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$17.918.186
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$177.255
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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 $**2.194.507** , 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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
795778583	$7.153.094,00	$894.137	$1.144.495	3	$174.249	**$2.212.881**

Dado en Bogotá a diciembre del año (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

PATRICIA MARIA AGAMEZ GONZALEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	GESTION CLINICA AMBULATORIA (CAPS ZONA FRANCA) F008 , KE10 (USS OCCIDENTE KENNEDY)			Sede: CAPS ZONA FRANCA						
No. DE CONTRATO:	2217-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	11	2.020		30	11	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	PATRICIA MARIA AGAMEZ GONZALEZ		C. C.	55.250.270		DE	BARRANQULLA		

OBJETO DEL CONTRATO:Prestar servicios como Psiquiatra , en el Proceso Gestión Clinica Ambulatoria de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E - Unidad Prestadora de Servicios de Salud Fontibón. o donde sean requeridos por el supervisor del contratc.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Realizar la Consulta Externa de Psiquiatría según la agenda programada con oportunidad y calidez, de acuerdo a los tiempos establecidos en las instalaciones de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., Unidad de Servicios de Salud Fontibón y/o donde el supervisor del contrato lo requiera.	si	realicé las actividades y procedimiento diagnosticos y terapeuticos señalados para el manejo de patologias estabiecidos dentro del plan tintegral del cuidado del paciente	Se atiende consulta programada por medio de la consulta de Psiquiatrla en la modalidad de teleconsulta se realizo el ejercicio medico profesional usando las herramentas diagnosticas con las que secuenta para el cuidado del paciente, se realiza valoracion hospitalaria en hospital de kennedy.
Diligenciar la historia clínica sistematizada respetando lo normado en la Resolución 1995 de 1999 y demás normatividad vigente , y/o los formatos que haya implementado la institución en forma legible, sin tachones, enmendaduras, registro de fecha y hora de la atención, nombre y registro medico.	si	cumpli con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica	se realizo diligenciamiento de la historia clinica y sus anexos dentro del marco legal y etico según Resolución 1995 de 1999
Uso adecuado del bata y carne según lineamiento institucional.	si	Usé adecuadamente el uniforme, bata y carné según lineamiento institucional.	Me adhiero a la estrategia de utilizar la bata y retirarla cuando este fuera de la institucion, o en area de alimentación.
Entregar diariamente los registros individuales de prestación de los servicios (RIPS), completamente diligenciados de acuerdo a la resolución 3374 de 2002 y a la resolución 0951 del 2003 del Ministerio de salud, al área de estadística o quien defina el coordinador del centro .	si	Se diligencia los RIPS y se hacen firmar por el paciente	Se entrega los RIPS debidamente diligenciados
Realizar la referencia y contrarreferencia cuando se requiera, dentro de la estrategia de redes de servicios de salud y de acuerdo con las normas que la regulan.	si	Se Realiza la referencia y contra referencia cuando se requiera, dentro de la estrategia de redes de servicios de salud y de acuerdo con las normas que la regulan.	Entrega de referencia a usuarios para autorizacion de su eps.
En caso de presentar dificultades para asistir a la consulta programada deberá informar oportunamente al Supervisor del Contrato y garantizar la reprogramación de la Agenda.	si	Planeo la consulta y evito la reprogramacion de agendas	Envio de agendas planeadas para evitar reprogramación
Cumplir oportunamente el inicio y finalización de las jornadas según lo establecido en la programación del servicio.	si	Se cumplio oportunamente el inicio y finalización de las jornadas según lo establecido en la programación del servicio.	Se cumplio la programacion de la consulta según agenda programada
Participar activamente en el cumplimiento de los planes de mejoramiento producto de la Auditorías internas y externas. ..	si	Registro en la historia clinica la reconciliacion medicamentosa de los pacientes, Registro el riesgo clinico y de seguridad del paciente en la historia clinica.	Registro en la historia clinica la reconciliacion medicamentosa de los pacientes, Registro el riesgo clinico y de seguridad del paciente en la historia clinica.
Cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la institución en materia de bioseguridad, seguridad del paciente, referencia y contrareferencia, manejo integral de residuos, entre otros.	si	Cumplo las normas establecidas por la institución en materia de bioseguridad, seguridad del paciente, referencia y contrareferencia, manejo integral de residuos, entre otros.	Me adhiero a la tecnica del lavado de manos, segregacion de residuos, manual de bioseguridad etc.
Velar por el adecuado funcionamiento de los equipos de su especialidad, asi como de su custodia y reportar oportunamente cualquier daño que se presente en ellos.	si	Respondo por el buen manejo de todos los equipos que uso y elementos de trabajo	Buen uso de equipos
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución	si	Me adhiero a las Normas y procedimientos que tiene la institucion	Me adhiero a manual de bioseguridad , procedimiento ambulatorio guias de buenas practicas.
Apoyar los procesos de facturación de los servicios que preste y responder por las glosas generadas por errores en los procedimientos establecidos.	si	Atendí paciente con factura y escogi el ingreso adecuado en el sistema	100% de atencion de pacientes con factura
Participar activamente en el cumplimiento de los planes de mejoramiento producto de la Auditorías internas y externas.	si	Participó en el proceso de acreditacion en salud del hospital. Ejecutó las actividades segun criterio de auto control	asistencia a las reuniones programadas que coinciden con la agenda de psiquiatria
Uso adecuado del bata y carne según lineamiento institucional.	si	Usé adecuadamente el uniforme, bata y carné según lineamiento institucional.	Me adhiero a la estrategia de utilizar la bata y retirarla cuando este fuera de la institucion, o en area de alimentación.

OBSERVACIONES: 108 Horas CAPS Zona Franca horas , horas hospitalarias 130 , la Dra Patricia Maria Agamez medico Psiquiatra presta sus servicios a pacientes con sospecha o diagnóstico de coronavirus COVID 19 .

TOTAL A PAGAR: $17.918.186

PATRICIA MARIA AGAMEZ GONZALEZ C.C. 55250270 FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:

Representación Gráfica

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Datos del Documento	Número de Factura: FE-2	Código Único de Factura - CUFE: 1b15f1934f2b2c542ed1403a1c66efe0106fe6eb54b92478de3c915f1c514cd9ed35f327da26d5b32bc81bc16a7016f7	
Fecha de Emisión	14/12/2020	Fecha de Vencimiento	13/01/2021
Tipo de Operación	Generica	Prefijo	FE
Tipo de Negociación	Crédito	Medio de Pago	Transferencia Débito Bancaria
Tipo de Entrega			
Datos del Emisor	Nit del Emisor: 55250270	Razón Social:	AGAMEZ GONZALEZ PATRICIA MARIA
Nombre Comercial	AGAMEZ GONZALEZ PATRICIA MARIA		
Tipo de Contribuyente	Persona Natural	Dirección	DG 89 B 115 A 03 IN 2 AP 304
Régimen Contable	Régimen Ordinario	Departamento	Bogotá
Actividad Económica Principal	8621	Correo	patryck85@gmail.com
Tipo Responsabilidad	O-12;O-49	Municipio	Bogotá, D.c.
		Teléfono	7574851
Datos del Adquiriente	Nit del Adquiriente: 900959048	Razón Social:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD. SUR OCCIDENTE E.S.E
Tipo de Documento	NIT	Dirección	CALLE 9 No.39-46
Número Documento	900959048	Departamento	Bogotá
Nombre Comercial	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD. SUR OCCIDENTE E.S.E	Municipio	Bogotá, D.c.
Tipo de Contribuyente	Persona Jurídica	Correo	lilianacastib@gmail.com
Régimen Contable	Régimen Ordinario	Teléfono	4546800
Tipo de Responsabilidad	O-06;O-07;O-08;O-09;O-14		

Detalles de Productos

								IMPUESTOS			Valor de Venta por Item
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio Unitario	Descuento	Recargo	IVA	ICA	INC	
1	HCPEX001	HONORARIOS PSIQUIATRIA CONSULTA EXTERNA MES DE NOVIEMBRE	HUR	108,00	$ 70.902,00						$ 7.657.416,00
2	HCSH002	HONORARIOS PSIQUIATRIA HOSPITALIZACION MES DE NOVIEMBRE	HUR	130,00	$ 78.929,00						$ 10.260.770,00

Descuentos y Recargos Globales

Nro.	Tipo	Código	Descripción	%	Monto

Datos de Referencia

Tipo de Documento Referencia	Número Referencia	Fecha Referencia

Notas Finales

Datos Totales

MONEDA		COP
TASA DE CAMBIO		
Subtotal Precio Unitario (=)	$	17.918.186,00
Descuentos detalle (-)	$	0,00
Recargos detalle (+)	$	0,00
Subtotal Base gravable (=)	$	0,00
Total impuesto detalle (+)	$	0,00
Total otros impuestos (+)	$	0,00
Total mas impuesto (=)	$	17.918.186,00
Descuento Global (-)		
Recargo Global (+)		
Valor total de la operación (=)	$	17.918.186,00

Generado por: **Solución Gratuita DIAN**

Numero de Autorización:18764007193469 Rango Autorizado: Desde 1 Rango Autorizado: Hasta 50 Vigencia: 2021-05-08

MES / TRIMESTRE / CONSOLIDADO AÑO	DATOS BASICOS SEDE			DATOS DEL PROFESIONAL		INFORMACION DE CAPACIDAD INSTALADA		INFORMACION DE PRODUCCION											
						INFRAESTRUCTURA		PROGRAMACION DE AGENDAS				META			CONSOLIDADO TOTAL (RESOLUTIVO)				
	SERVICIO	UNIDAD	SEDE	NOMBRE DEL PROFESIONAL	TIPO DE VINCULACION	CONSULTORIO	CONSULTORIOSUNIDADES (MARGEN DE UTILIZACION)	HORAS CONTRATADAS MES	Horas Consulta Externa Resultado	HORAS LABORADAS	PORCENTAJE DE HORAS LABORADAS VS CONTRATADAS (Estandar 90%)	META POA	ESTANDAR DE RENDIMIENTO	META CON HORAS LABORADAS (Consultas programadas)	TOTAL CONSULTAS	% DE CUMPLIMIENTO META POA	% DE CUMPLIMIENTO META CON HORAS LABORADAS	CONSULTA DE 1 A VEZ	CONSULTA CONTROL
NOVIEMBRE	Psiquiatria primera vez	Fontibon	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 51 ZONA FRANCA	Agamez Gonzalez Patricia Maria	OPS			39,0	37,0	37,0	95%	53	1,5	56	45	85%	81%	45	
NOVIEMBRE	Psiquiatria control	Fontibon	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 51 ZONA FRANCA	Agamez Gonzalez Patricia Maria	OPS			69,	62,0	62,	90%	124	2	124	107	86%	86%		107

108

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 1

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION (U C S D)	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO	PERIODOS DE COTIZACION SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO	NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
CC	55250270-	PATRICIA MARIA AGAMEZ GONZALEZ	U ☑ C ☐ S ☐ D ☐			2020	10	2020	465327€		PUBLICA ☐ PRIVADA ☑ MIXTA ☐	PEQUEÑO ☐ GRANDE ☐ INDEPENDIENTE ☑	14-11	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
Dg. 89 b No. 115 a - 03 Int. 2 Apto 304	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTÁ D. C.	11	7574851		patryck85@gmail.com	8621	0	1	2020/11/10	795778583

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS005	800251440-6	894.300	0		0		0	894.300	0	0	0	894.300	0		0	0	894.300	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
230301	800224808-8	1.144.700	0	0	71.600	0	0	0	1.216.300	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-11	890903790-5	174.300		0	0	174.300
DIAS MORA	**INTERES MORA COTI**	**SUBTOTAL APORT COTIZ**	**No. RADICAC SALDO A FAVOR**	**SALDO A FAVOR**	**FONDO SOLIDARIDAD**	**TOTAL A PAGAR**
0	0	174.300		0	1.743	174.300

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS	
PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	3

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,LMA,IRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	1.216.300	1.216.300
SALUD	894.300	894.300
RIESGOS LABORALES	174.300	174.300
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	2.284.900	2.284.900

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES															VALOR IBC						LIQUIDACION DE APORTES				
Nº	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	COLUMNA CUADRE	EXTRANJERO	COLUMNADO EN EXTRANJERO	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	55250270	AGAMEZ GONZALEZ PATRICIA MARIA	EPS005	230301																				7.154.000	7.154.000	0	7.154.000	0			1.144.700	71.600	0	894.300	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

PATRICIA MARIA AGAMEZ GONZALEZ

C.C 55250270 DE BARRANQULLA

La suma de $ 17.918.186 Dieciséis millones quinientos mil ciento cuarenta y seis pesos m/cte, por concepto de: Prestación de Servicios como Psiquiatra, en el Área de consulta externa del CAPS zona franca, con un total de 108 horas, valor hora de $ 70.902 y en el servicio de Hospitalización del USS Occidente de Kennedy, con un total de 130 horas, valor hora $78.929 durante el periodo de 01 al 30 de noviembre de presente año de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2217-2020



PATRICIA MARIA AGAMEZ GONZALEZ

CC. 55250270 DE BARRANQULLA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 004870319219