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	12					
NÚMERO DE CDP	1052 1380 1597 1723 1958	FECHA	22/7/2020 25/09/2020 31/10/2020 26/11/2020 23/12/2020	NÚMERO DE CRP	30283 35571 41361 47620 53019 59508	FECHA	31/7/2020 30/08/2020 30/09/2020 6/11/2020 30/11/2020 31/12/2020				
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	1	2021		31	1	2021			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	valor hora ambulatoria $ 70902				valor hora hospitalaria $ 78929						
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial				RESERVA DE GLOSA 2%	$0					

OBSERVACIONES:101 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:	$203.744.814
VALOR EJECUTADO	$203.461.206
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$17.421.872
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$283.608
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 $**2.271.315** , 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
47600112	$6.982.929,00	$872.866	$1.117.269	3	$170.104	**$2.160.239**

Dado en Bogotá a febrero del año (2021). 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	1	2.021		31	1	2.021		
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 contrato.

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 establecidos dentro del plan tintegral del cuidado del paciente	Se atiende consulta programada por medio de la consulta de Psiquiatría en la modalidad de teleconsulta se realizo el ejercicio medico profesional usando las herrameintas 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, así 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	Atendi 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: 101 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: $17.421.872

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

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

Representación Gráfica

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Datos del Documento	Número de Factura: FE-4	Código Único de Factura - CUFE: 39900f40a936c1a12894be1e81486b4578b9aba5eed08b4c0c86ec323839c64592f294deda66387617dab36996c5a226	
Fecha de Emisión	12/02/2021	Fecha de Vencimiento	14/03/2021
Tipo de Operación	Generica	Prefijo	FE
Tipo de Negociación	Crédito	Medio de Pago	Instrumento no definido
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	clauss2603@hotmail.com
Tipo Responsabilidad	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

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio Unitario	Descuento	Recargo	IMPUESTOS IVA	IMPUESTOS ICA	IMPUESTOS INC	Valor de Venta por Item
1	HCSH002	HONORARIOS PSIQUIATRIA HOSPITALIZACION MES DE ENERO	HUR	130,00	$ 78.929,00						$ 10.260.770,00
2	HCPEX001	HONORARIOS PSIQUIATRIA CONSULTA EXTERNA MES DE ENERO	HUR	101,00	$ 70.902,00						$ 7.161.102,00

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 (=)	$	17.421.872,00
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 (=)	$	17.421.872,00
Descuento Global (-)		
Recargo Global (+)		
Valor total de la operación (=)	$	17.421.872,00

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		INFOF							
						PROGRAMACION DE AGENDAS				META			CONSOL
	SERVICIO	UNIDAD	SEDE	NOMBRE DEL PROFESIONAL	TIPO DE VINCULACION	HORAS CONTRATADAS MES	Horas Consulta Externa Resolutiva	HORAS LABORADAS	PORCENTAJE DE HORAS LABORADAS VS CONTRATADAS (Estandar 90%)	META POA	ESTANDAR DE RENDIMIENTO	META CON HORAS LABORADAS (Consultas programadas)	TOTAL CONSULTAS
ENERO	Psiquiatria primera vez	Fontibon	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 51 ZONA FRANCA	Agamez Gonzalez Patricia Maria	OPS	35,0	33,0	33,0	94%	47	1,5	50	42
ENERO	Psiquiatria control	Fontibon	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 51 ZONA FRANCA	Agamez Gonzalez Patricia Maria	OPS	66,	64,0	64,	97%	119	2	128	117

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	55250270	PATRICIA MARIA AGAMEZ GONZALEZ	Dg. 89 b No. 115 a - 03 Int. 2 Apto 304	7574851	patryck85@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-12	2020-12	I	28/12/2020	47600112	$2.226.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	- 871.300	0		0		0	0	0	0	871.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	1.115.200	0	0	34.900	34.900	0	0		1.185.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	169.800				169.800	0	0	169.800			1.698	169.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	871.300	871.300
Pensión	1	1.185.000	1.185.000
Riesgos Laborales	1	169.800	169.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.226.100	2.226.100

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	55250270	PATRICIA MARIA AGAMEZ GONZALEZ	Dg. 89 b No. 115 a - 03 Int. 2 Apto 304	7574851	patryck85@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-12	2020-12	I	28/12/2020	47600112	$2.226.100	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colomb. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	55250270	AGAMEZ GONZALEZ PATRICIA MARIA	59	0			N																	230301	6.970.000	1.115.200	0	0	34.900	34.900	EPS005	6.970.000	871.300	14-11	6.970.000	3	169.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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 $ 17.421.872, por concepto de: Prestación de Servicios como Psiquiatra, en el Área de consulta externa del CAPS zona franca, con un total de 101 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 31 de enero de presente año de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2217-2020

Patricia Agamez

PATRICIA MARIA AGAMEZ GONZALEZ

CC. 55250270 DE BARRANQULLA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 004870319219