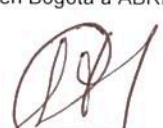
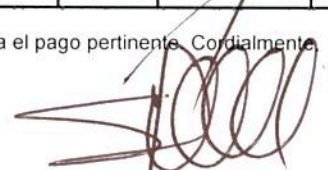
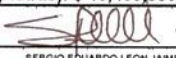
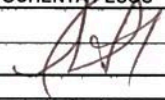


INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				SERGIO EDUARDO LEON JAIMES											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C.	X	C.E.	NO		1.098.636.393						
CORREO ELECTRONICO:				chegio600@hotmail.com				CELULAR:		3007816309					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								CAPS ZONA FRANCA FO08							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				GESTION CLINICA AMBULATORIA (CAPS ZONA FRANCA) FO08				SEDE:		Fontibon					
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		FO08E07	100%												
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				20485812299						PENSIONADO		No			
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS															
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				3172-2019				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				2			
NÚMERO DE CDP		165		FECHA		17/01/2019		NÚMERO DE CRP		15498		FECHA		31/01/2019	
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como CIRUGIA ORAL 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	3	2019			31	3	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:								\$13.460.580							
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%				\$0							
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.															
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO															
CONCEPTO								VALORES							
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:								\$45.000.000							
VALOR EJECUTADO								\$26.594.670							
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$13.460.580							
VALOR A LIBERAR															
SALDO POR EJECUTAR								\$18.405.330							
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN								59%							
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 \$2.070.290, 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%		NIVEL ARL		APORTE ARL		TOTAL APORTES			
8490057791 849014524		\$5.253.662,00		\$656.708		\$840.586		\$3		\$127.979		\$1.625.273			
Dado en Bogotá a ABRIL del año 2019. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,															
 LILIANA CASTIBLANCO MOSOS NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:								 SERGIO EDUARDO LEON JAIMES NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA							

 Ministerio de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	 ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:		CAPS ZONA FRANCA - ODONTOLOGIA			Sede: FONTIBÓN						
No. DE CONTRATO:	3172-2019		Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
				1	3	2.019		31	3	2.019	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		SERGIO EDUARDO LEON JAIMES			C. C.		1.098.636.393		DE BUCARAMANGA		
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 CIRUJANO ORAL Y MAXILOFACIAL de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE											
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI ☒ x											
OBLIGACIONES CONTRACTUALES			PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS				PRODUCTOS ENTREGADOS			
Realizar la Consulta Externa especializada de cirugía oral, elaboración de historia clínica y examen clínico integral en cada paciente 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 donde el supervisor del contrato lo requiera.			SI	Realice la Consulta Externa especializada de cirugía oral, elaboración de historia clínica y examen clínico integral en cada paciente 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 donde el supervisor del contrato lo requiera.				por medio de la consulta odontológica se realizó el ejercicio odontológico especializado usando las herramientas diagnósticas con las que se cuenta para el cuidado del paciente			
Diagnosticar patologías y efectuar tratamiento de cirugía oral, solicitar exámenes para clínicos en caso necesario, remitir los pacientes a odontología general para continuar tratamiento.			SI	Diagnosticar patologías y efectue tratamiento de cirugía oral, solicite exámenes para clínicos en los caso necesarios indique a los pacientes acudir a odontología general para continuar tratamiento.				por medio de la consulta odontológica se realizó el ejercicio odontológico especializado usando las herramientas diagnósticas con las que se cuenta para el cuidado del paciente			
Para la consulta de cirugía oral suministrar nueve Equipos Básicos Quirúrgicos compuestos por: jeringa carpule, pinza mosquito, porta agujas, pinza Kelly curva, tijeras recta, Cureta de lucas, periostotomo, lima de hueso, Minesota, mango de bisturí, elevador plano, un elevador delgado, elevador grueso, 1Kelly			SI	Para la consulta de cirugía oral suministre nueve Equipos Básicos Quirúrgicos compuestos por: jeringa carpule, pinza mosquito, porta agujas, pinza Kelly curva, tijeras recta, Cureta de lucas, periostotomo, lima de hueso, Minesota, mango de bisturí, elevador plano, un elevador delgado, elevador grueso, 1Kelly				Entregue los nueve equipos relacionados al hospital			
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	Diligencie la historia clínica sistematizada respetando lo normado en la Resolución 1995 de 1999 y demás normatividad vigente, el formato de constimiento informado y lista de chequeo para cirugía oral en forma legible, sin tachones, enmendaduras, registro de fecha y hora de la atención, nombre y registro medico.				por medio del registro y archivo adecuado de la historia clínica en el sistema de la subred se dio cumplimiento a las exigencias legales y éticas			
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	Entregue un informe mensual de los registros individuales de prestación de los servicios (RIPS) de los pacientes atendidos durante el mes relacionado 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.				se diligencio adecuadamente la historia clínica y rips para efectos de estadística, costos y facturación			
Aplicar las guías de manejo clínico aprobadas por el hospital y el contratista para la especialidad y colaborar en la actualización de las mismas, teniendo en cuenta la medicina basada en la evidencia.			SI	Aplicar las guías de manejo clínico aprobadas por el hospital y el contratista para la especialidad				por medio de la consulta odontológica se realizó el ejercicio odontológico especializado usando las herramientas diagnósticas con las que se cuenta para el cuidado del paciente			
Cumplir oportunamente el inicio y finalización de las jornadas según lo establecido en la programación del servicio.			SI	Cumpli oportunamente el inicio y finalización de las jornadas según lo establecido en la programación del servicio.				cumplimiento del 100% de las agendas			
Velar por la consecución de recursos y el adecuado funcionamiento de los equipos de su especialidad así como su custodia.			SI	Estuve atento por el adecuado funcionamiento de los equipos del consultorio y reporte las fallas de los mismo				adecuada manipulación de los equipos odontológicos y reporte de las necesidades especiales de insumos			
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	No se reprogramo ninguna agenda durante el mes en mención				cumplimiento del 100% de las agendas, no se reprogramo ninguna agenda			
Participar activamente en el cumplimiento de los planes de mejoramiento producto de la Auditorías internas y externas.			SI	Participé activamente en el cumplimiento de los planes de mejoramiento producto de la Auditorías internas y externas.				Corrección de errores en el diligenciamiento de HC producto de la sugerencia de la auditoria interna			
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	Cumpli e hice cumplir las normas establecidas por la institución en materia de bioseguridad, seguridad del paciente, referencia y contrareferencia, manejo integral de residuos, entre otros.				Uso completos de barreras de bioseguridad, envío de referencias y contrareferencias en los casos necesarios			
Dar un trato humanizado a nuestros usuarios en términos de calidez, seguridad, vocación de servicios, equidad, respeto por la dignidad humana, transparencia, integralidad, solidaridad, oportunidad y suministro adecuado y correcto de información en salud al usuario y la familia.			SI	Di un trato humanizado a nuestros usuarios en términos de calidez, seguridad, vocación de servicios, equidad, respeto por la dignidad humana, transparencia, integralidad, solidaridad, oportunidad y suministro adecuado y correcto de información en salud al usuario y la familia.				trato humanizado a todos los usuarios, colaboradores y sus familias			
Participar en los procesos de habilitación y/o acreditación implementados en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., Unidad de Servicios de Salud Fontibón.			SI	Participé en los procesos de habilitación y/o acreditación implementados en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., Unidad de Servicios de Salud Fontibón que estaban dentro del horario de mi agenda				participacion activa dentro de las actividades realizadas por la subred que se encontraban dentro de mi horario de agenda			
Reportar en forma oportuna al líder del proceso ambulatorio intramural y Subgerencia de Servicios de Salud, los eventos adversos que se presenta en la prestación de servicios como reacciones adversas a medicamentos entre otras.			SI	reporte de complicaciones y eventos adversos cuando se presentan.				NINGUNO			

Participar activamente en la programación de actividades de su especialidad a las que sea convocado.	SI	se asistio a la reuniones programadas dentro del horario de agenda programada	asistencia a reuniones programadas cuando se encuentran dentro de horario
Realizar la referencia y contrarreferencia cuando se requiera dentro de los lineamientos de redes de servicios de salud y de acuerdo a las normas que la regulan.	SI	Realicé la referencia y contrarreferencia cuando se requirió dentro de los lineamiento de redes de servicios de salud y de acuerdo a las normas regulatorias	se realizo diligenciamiento claro de la historia clinica y sus anexos con las exigencias requeridas
Presentación de cuenta de cobro acompañada de informe de actividades (No. Consultas realizadas, procedimientos realizados y procedimientos cancelados) copia de RIPS, factura de pago de la consulta externa y soportes de pagos de parafiscales.	SI	Presenté la cuenta de cobro del mes correspondiente con el soporte de pago de parafiscales y envíe la relacion de pacientes atendidos con numero de documento, factura, procedimiento realizado y costo de procedimiento. Se envió correo a auditora interna para la revisión del 100% de las historias previo a pasar cuenta de cobro.	cuenta de cobro, relacion de pacientes atendidos con procedimientos realizados y costos de los mismos, informe de actividades
Realizar seguimiento al contrato junto con el supervisor del contrato para revisar la ejecución del mismo y presentar dentro de los 10 días siguientes el plan de mejoramiento que sea requerido.	SI	se realizo revision del contrato sin ajustes o planes de mejoramiento	NINGUNO
Colaborar con el hospital en el desarrollo de los convenios docencia-servicio, que se tengan suscritos y que se relacionen con la especialidad, sin delegar las responsabilidades en los estudiantes e internos que se asignen en el servicio de cirugía.	NO	NO APLICA	NO APLICA
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	Estuve atento por el adecuado funcionamiento de los equipos del consultorio y reporte las fallas de los mismo	Por medio de la adecuada manipulación de los equipos odontológicos se da un correcto uso de los mismo y se reportan las fallas cuando se presentan
Participar en la capacitación del personal técnico y auxiliar sobre los procedimientos propios de su especialidad, tendiente a establecer las causas y soluciones a los problemas de salud.	SI	se realiza continua capacitación de las auxiliares en cuanto a la asistencia técnica en el area de cirugía oral	capacitación constante a las auxiliares en lo referente al manejo en cirugía oral menor
Cumplir con los estándares de Acreditación que le apliquen de tal manera que permitan el desarrollo del objeto contractual y favorezca el proceso de acreditación al interior de la institución.	SI	Cumpli con los estándares de Acreditación que le aplican a mi especialidad	por medio de la consulta odontológica se realizó el ejercicio odontológico especializado usando las herramientas diagnosticas con las que se cuenta para el cuidado del paciente
Uso adecuado del bata y carne según lineamiento institucional.	SI	Usé adecuadamente el carnet y utilice todas las medidas de bioseguridad en mis procedimientos y consultas	se usa carnet el 100% del tiempo y el uso de bata desechable dentro del consultorio
Asumir el 100% de la glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y o acciones de calidad, oportunidad o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista.	SI	se entrego el consolidado TOTAL de pacientes atendidos durante el mes en mención y se envia correo con la relacion de nombre, documento de identificacion, procedimiento realizado, numero de factura, valor a pagar al especialista. La auditoria interna del hospital revisa el 100% de los pacientes atendidos y avala el valor a cobrar cada mes, en caso de requerir ajustes la auditora informa y se debe hacer el ajuste del valor a cobrar sea para aumento o disminucion del costo.	se entrego el consolidado de pacientes atendidos durante el mes en curso donde se relacionan facturas, documentos y procedimientos realizados asi como el costo a pagarme. El correo se envia a Dra Liliana Castiblando y Dra. Maria Claudia Mantilla con el fin de que se auditen el 100% de las historias clinicas
Hacer entrega al área de ingeniería biomédica los manuales en español de los equipos que suministre el especialista, al igual que el cronograma de mantenimiento preventivo, cronograma de calibraciones para los equipos que lo requieran, reportes de mantenimientos preventivo, reportes de mantenimiento correctivo y reportes de calibración para los equipos que requieran calibración. Todos los documentos se deben mantener actualizados y deben hacerlos llegar antes de realizar procedimiento con estos equipos, o en el momento de ingresar a la Unidad Prestadora de Servicios de Salud. El incumplimiento podra generar el no pago de cuentas de cobro o facturas."	NO	No se entregan equipos al hospital, unicamente instrumental quirúrgico que no tienen manuales.	NO APLICA
Alimentar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día.	NO	NO APLICA	NO APLICA
OBSERVACIONES: NINGUNA			
TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 13,460,580 TRECE MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL QUINIENTOS OCHENTA PESOS			
 SERGIO EDUARDO LEÓN JAMES		Firma de recibido supervisor: 	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1098638393		LEON JAMES SERGIO EDUARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CBS1422-30 TORRE 2 DEPARTAMENTO BOG	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.F.	2886195	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Salud	Pago	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-02	2019-02	423478870	8490057791	I		2019/03/21	2019/03/12	BANCOLOMBIA	0	\$1,643,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)										\$5,206,762	\$885,300			\$5,206,762	\$650,900			\$0			\$5,206,762	\$126,900	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)										\$5,206,762	\$885,300			\$5,206,762	\$650,900			\$0			\$5,206,762	\$126,900	\$0
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)										\$5,206,762	\$885,300			\$5,206,762	\$650,900			\$0			\$5,206,762	\$126,900	\$0
1	CC 1098638393	LEON SERGIO	230201	30	\$5,206,762	\$885,300	EP9008	30	\$5,206,762	\$650,900		0	\$0	\$0	\$0	14-23	30	\$5,206,762	\$126,900	0	\$0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)										\$5,206,762	\$885,300			\$5,206,762	\$650,900			\$0			\$5,206,762	\$126,900	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	DV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	No
CC 1078634393		LEON JAMES SERGIO EDUARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR5222-30 TORRE 2 APARTAMENTO 804	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	2886105		

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Salud	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Días Mora	Valor	
2019-02	2019-02	423478870	8490057791	I	2019/03/21	2019/03/12	0	\$1,663,100	

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$885,300	\$0	\$0	\$885,300	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$885,300	\$0	\$0	\$885,300	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$126,900	\$0	\$0	\$126,900	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$126,900	\$0	\$0	\$126,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$650,900	\$0	\$0	\$650,900	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$650,900	\$0	\$0	\$650,900	
TOTAL				1	\$1,663,100	\$0	\$0	\$1,663,100	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1098616393		LEON JAMES SERGIO EDUARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR52472-30 TORRE 2 APARTAMENTO 804	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	2886105	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Salud	Pago	Clave	Planilla	Tipo	Planilla	Limite	Fecha	Pago
Pensión	2019-02	423879934	8490141524	N			2019/03/21	2019/03/13	2019/03/13
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$7,900	\$0	\$0	\$7,900
PROTECCION		230201	800,229,739	0	1	\$7,900	\$0	\$0	\$7,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$1,100	\$0	\$0	\$1,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS		14-23	860,011,153	6	1	\$1,100	\$0	\$0	\$1,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$5,900	\$0	\$0	\$5,900
COMPENSAR		EP5008	860,066,942	7	1	\$5,900	\$0	\$0	\$5,900
TOTAL					1	\$14,900	\$0	\$0	\$14,900