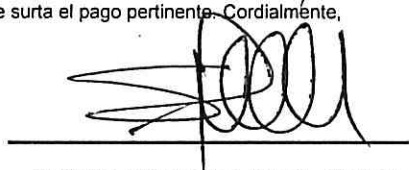
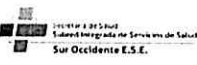


INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA														
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				SERGIO EDUARDO LEON JAIMES										
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		1.098.636.393					
CORREO ELECTRONICO:				chegio500@hotmail.com				CELULAR:		3007816309				
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								CAPS ZONA FRANCA 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				5		
NÚMERO DE CDP		165 501 664	FECHA	17/01/2019 10/04/2019 21/05/2019	NÚMERO DE CRP		15498 21273 25880	FECHA		31/01/2019 30/04/2019 31/05/2019				
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	6	2019		30	6	2019			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$11.001.004										
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:								\$75.000.000						
VALOR EJECUTADO								\$66.679.854						
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$11.001.004						
VALOR A LIBERAR														
SALDO POR EJECUTAR								\$8.320.146						
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN								89%						
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								
8493400998	\$6.690.242,00	\$836.280	\$1.070.439	\$3	\$162.974	\$2.069.693								
Dado en Bogotá a JULIO 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										

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:		CAPS ZONA FRANCA - ODONTOLOGIA		Sede: FONTIBON						
No. DE CONTRATO:	3172-2019	Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
				1	6	2019		30	6	2019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SERGIO EDUARDO LEON JAIMES			C. C.	1098636393		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 efectuar 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, Minesola, mango de bisturí, elevador plano, un elevador delgado, elevador grueso, elevador de curvatura.	SI	Para la consulta de cirugía oral suministré nueve Equipos Básicos Quirúrgicos compuestos por: jeringa carpule, pinza mosquito, porta agujas, pinza Kelly curva, tijeras recta, Cureta de lucas, periostotomo, lima de hueso, Minesola, mango de bisturí, elevador plano, un elevador delgado, elevador grueso, elevador de curvatura.				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 médico.	SI	Diligenció la historia clínica sistematizada respetando lo normado en la Resolución 1995 de 1999 y demás normatividad vigente, el formato de consentimiento 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 médico.				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	Entregué 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	Aplicué 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	Cumplí 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 auditoría 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	Cumplí 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				participación 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 asistió 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	Cumplí 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 identificación, procedimiento realizado, numero de factura, valor a pagar al especialista. La auditora 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 disminución del costo.	se entrego el consolidado de pacientes atendidos durante el mes en curso donde se relacionan facturas, documentos y procedimientos realizados así 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 clínicas
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 podrá 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): \$ 11,001,004 ONCE MILLONES MIL CUATRO PESOS			
 SERGIO EDUARDO LEÓN JIMÉNEZ		Firma de recibido supervisor: 	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SERNA e ICBF	
CC 1098636393		LEON JAIMES SERGIO EDUARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR52972-30 TORRE 2 APARTAMENTO B04	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2886105	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave		Tipo	Fecha		Pago		Valor	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora		
2019-05		456685767	8493400998	2019/06/25	2019/06/12	BANCOLOMBIA	0	\$2,136,800	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES														
EMPLEADO					PENSION					SALUD				
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$6,690,242	\$1,137,500			\$6,690,242	\$836,300			\$6,690,242	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$6,690,242	\$1,137,500			\$6,690,242	\$836,300			\$6,690,242	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$6,690,242	\$1,137,500			\$6,690,242	\$836,300			\$6,690,242	\$0
1	CC 1098636393	LEON SERGIO	230701	30	\$6,690,242	\$1,137,500			\$6,690,242	\$836,300			\$6,690,242	\$0
Total Afiliados(1)					\$6,690,242	\$1,137,500			\$6,690,242	\$836,300			\$6,690,242	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1098636393		LEON JAIMES SERGIO EDUARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR5222-30 TORRE 2 APARTAMENTO 804	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	2886105	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2019-05	2019-05	456685767	8493400998	1	2019/06/75	2019/06/12	BANCOLOMBIA	0	\$2,136,800
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES/MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)									
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$1,137,500	\$0	\$0	\$1,137,500	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)									
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$163,000	\$0	\$0	\$163,000	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)									
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$836,300	\$0	\$0	\$836,300	
TOTAL				1	\$2,136,800	\$0	\$0	\$2,136,800	

[illegible]

[illegible]