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:	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				8		
NÚMERO DE CDP	861 1017 1174	FECHA	27/6/2019 25/07/2019 29/08/2019	NÚMERO DE CRP	30402 35090 39711	FECHA	30/6/2019 31/07/2019 31/08/2019				
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	9	2019		30	9	2019			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$17.930.349										
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:	$120.000.000
VALOR EJECUTADO	$111.815.473
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$17.930.349
VALOR A LIBERAR	
SALDO POR EJECUTAR	$8.184.527
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	93%

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 **$2.070.290**, 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
8496403726	$5.087.662,80	$635.958	$814.026	$3	$123.935	**$1.573.919**

Dado en Bogotá a OCTUBRE 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

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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Codigo	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	9	2.019		30	9	2.019		
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 cirugia oral, elaboración de historia clínica y examen clinico 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 clinica 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 diagnosticas con las que se cuenta para el cuidado del paciente
Diagnosticar patologías y efectuar tratamiento de cirugia oral, solicitar exámenes para clínicos en caso necesario, remitir los pacientes a odontologia general para continuar tratamiento.	SI	Diagnostique patologías y efectue tratamiento de cirugia oral, solicité exámenes para clínicos en los caso necesarios indique a los pacientes acudir a odontologia general para continuar tratamiento.	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
Para la consulta de cirugia 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 bisturi, elevador plano, un elevador delgado, elevador grueso, 1Kelly	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, Minesota, mango de bisturí, elevador plano, un elevador delgado, elevador grueso, 1Kelly	Entregue los nueve equipos relaconados al hospital
Diligenciar la historia clinica 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	Diligencié la historia clinica sistematizada respetando lo normado en la Resolución 1995 de 1999 y demás normatividad vigente, el formato de constimiento informado y lista de chequeo para cirugia 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 histroia clinica en el sistema de la subred se dio cumplimiento a las exigencias legales y elicas
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 area de estadística o quien defina el coordinador del centro .	SI	Entregue un infome 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 area de estadística o quien defina el coordinador del centro .	se diligencio adecuadamente la historia clinica y rips para efectos de estadistica , costos y facturacion
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	Apliqué 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 diagnosticas 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 asi 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, envio 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 lider 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 lineaminto 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 exiogencias requieridas
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 envio la relacion de pacientes atendidos con numero de documento, factura, procedimiento realizado y costo de procedimiento. Se envio 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 cirugia.	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 manipiulación 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 ténica en el area de cirugia oral	capacitacón constante a las auxiliares en lo referente al manejo en cirugia 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 disminución 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 incumpliento 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): $ 17.930.349 Diecisiete millones novecientos treinta mil trescientos cuarenta y nueve pesos

SERGIO EDUARDO LEON JAIMES

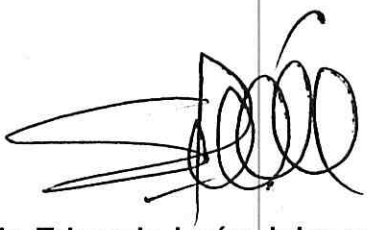
Firma de recibido supervisor

Bogotá D.C.,Octubre de 2019

Señores
CONTABILIDAD
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E.

Por medio de la presente autorizo sea depositado en mi cuenta AFC **No 006050327 del BANCO ITAU**, la suma de **CINCO MILLONES DE PESOS ($5.000.000)** de mis honorarios de Septiembre de 2019

Gracias por la atención prestada



Sergio Eduardo León Jaimes
C.C. 1098636393 de Bucaramanga
Cirujano Oral y Maxilofacial
Subred Integrada de Servicios de Salud SurOccidente ESE
Unidad Prestadora de Servicio de Salud Fontibón

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1098636393		LEON JAIMES SERGIO EDUARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR52#22-30 TORRE 2 APARTAMENTO 804	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2886105	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-08	2019-08	489595667	8496403726	I	2019/09/20	2019/09/02	BANCOLOMBIA	0	$1,625,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$5,087,663	$865,100			$5,087,663	$636,000			$0	$0			$5,087,663	$124,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$5,087,663	$865,100			$5,087,663	$636,000			$0	$0			$5,087,663	$124,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$5,087,663	$865,100			$5,087,663	$636,000			$0	$0			$5,087,663	$124,000		$0	$0
1	CC 1098636393	LEON SERGIO	230201	30	$5,087,663	$865,100	EPS008	30	$5,087,663	$636,000		0	$0	$0	14-23	30	$5,087,663	$124,000	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$5,087,663	$865,100			$5,087,663	$636,000			$0	$0			$5,087,663	$124,000		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1098636393		LEON JAIMES SERGIO EDUARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR52#22-30 TORRE 2 APARTAMENTO 804	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2886105	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-08	2019-08	489595667	8496403726	I	2019/09/20	2019/09/02	BANCOLOMBIA	0	$1,625,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$865,100	$0	$0	$865,100
PROTECCION	Z30201	800,229,739	0	1	$865,100	$0	$0	$865,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$124,000	$0	$0	$124,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$124,000	$0	$0	$124,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$636,000	$0	$0	$636,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$636,000	$0	$0	$636,000
TOTAL				1	$1,625,100	$0	$0	$1,625,100