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:	YON LEANDRO VILLAMIL ROJAS												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1012382800							
CORREO ELECTRONICO:	leandro1012382800@gmail.com				CELULAR:	3197333426							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	**USS FONTIBON**												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SALA ERA				SEDE:	Fontibon							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	FO03M07	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	488414274669								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2297-2021			**N° DE PAGOS DEL CONTRATO**			6				
NÚMERO DE CDP	924	**FECHA**	2021/06/21	**NÚMERO DE CRP**	36397	**FECHA**	30/06/2021				
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 TERAPEUTA RESPIRATORIO de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente										
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO			
		1	7	2021		31	7	2021			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$16.860										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 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.
TOTAL DE HORAS MES DE FEBRERO 168, 186 HORAS MES DE MARZO, 180 HORAS MES DE ABRIL, 198 HORAS MES DE MAYO (12 HORAS ADICIONALES A LAS 186 AFECTIVAS DEL MES DE MAYO),180 HORAS MES DE JUNIO, 180 HORAS MES DE JULIO.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$24.158.400
VALOR EJECUTADO	$20.618.640
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.034.800
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3.539.760
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	85%

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% IBC**	**NIVEL ARL**	**APORTE ARL**	**TOTAL APORTES**
51932094	$1.213.920	$151.740	$194.227	3	$29.571	**$375.538**

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de JULIO del año Dos Mil veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

RODOLFO DUARTE CELY
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

YON LEANDRO VILLAMIL ROJAS
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	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	TERAPIA RESPIRATORIA						**Sede: UNIDAD FONTIBON**			
No. DE CONTRATO:	2297-2021	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	
			1	7	2.021		31	7	2.021	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Yon Leandro Villamil Rojas		**C.C.**		1.012.382.800		**DE**	Bogotá		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios Profesionales a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de Terapia Respiratoria dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVCIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.** de acuerdo al requerimiento institucional.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Realizar los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente.	100%	Realizo los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Ejecución del plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio	100%	Ejecuto del plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio	PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes	100%	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Participación en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado	100%	Participo en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado	CUANDO SE REQUIERA
Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso	100%	Informo al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Llevar registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	100%	Llevo registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Participar en la programación de las actividades de la Subred.	100%	Participar en la programación de las actividades de la Subred.	CUANDO SE REQUIERA
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	100%	Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	100%	Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	CUANDO SE REQUIERA
Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes.	100%	Imparto instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	100%	Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	100%	Realizo las intervenciones al usuario acorde con mis responsabilidades dentro del servicio.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	100%	Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio	100%	Participo en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio	PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
Informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades.	100%	Informo las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades.	CUANDO SE REQUIERA
Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área.	100%	Registro las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	100%	Participo en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	CUANDO SE REQUIERA

Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	100%	Realizo supervisión de los contratos para los que sea designado	CUANDO SE REQUIERA
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	100%	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTIRUCIONALES
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	100%	Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	FORMATO INSTITUCIONAL
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	100%	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de mis actividades asignadas y entregare a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	CUANDO SE REQUIERA
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	100%	Participaré en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	CUANDO SE REQUIERA
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	100%	Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además apoyo la implementación de los mismos.	PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	100%	Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (pila)
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	100%	Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	CUANDO SE REQUIERA
OBSERVACIONES:			
TOTAL A PAGAR (Número y letras):	**$ 3.034.800**	Tres Millones Treinta y Cuatro mil ochocientos pesos	

YON LEANDRO VILLAMIL ROJAS
CC. 1012382800

RODOLFO DUARTE CELY

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **YON LEANDRO VILLAMIL ROJAS**, identificada con **CC** número **1012382800**, aportó por el empleado **YON LEANDRO VILLAMIL ROJAS**, identificado(a) con **CC** número **1012382800** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **51932094** para el periodo de salud **2021-06** y pensiones **2021-06** de la siguiente forma.

TIPO	EMPRESA	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	HORAS LABORADAS	EXT	RED	NOC	RED NOC	TDA	TAA	VALOR APORTE	FSP	VALOR FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	CENTRO DE TRABAJO
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	59	0														0	30	$1.213.920	0,02436	3		$29.600	$0	$0	Junio - 2021	51932094	13/07/2021	N
Cajas	CCF24	Compensar Caja de Compensacio n Fiar	860066942	59	0														0	30	$1.213.920	0,02000			$24.300	$0	$0	Junio - 2021	51932094	13/07/2021	N
Salud	EPS008	Compensar EPS	860066942	59	0														0	30	$1.213.920	0,12500			$151.800	$0	$0	Junio - 2021	51932094	13/07/2021	N
Pensiones	230301	Porvenir	800224808	59	0														0	30	$1.213.920	0,16000			$194.300	$0	$0	Junio - 2021	51932094	13/07/2021	N

El presente certificado se expide a los 13 días del mes Julio de 2021

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:

Yon Leandro Villamil Rojas

C.C 1012382800

La suma de Tres Millones treinta y cuatro mil ochocientos pesos ($3.034.800), por concepto de: Prestar servicios de apoyo a la gestión asistencial como Terapeuta Respiratoria durante el periodo de 1 al 31 de Julio de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No-2297-2021

Yon Leandro Villamil Rojas

C.C 1012382800

CUENTA DE AHORROS BANCO Davivienda

NUMERO 488414274669

RE INDUCCIÓN SUBRED 2021: Vista: Usuario

Usuario - YON LEANDRO VILLAMIL ROJAS

Informe general | Usuario

Ítem de calificación	Peso calculado	Calificación	Rango	Porcentaje	Retroalimentación	Aporta al total del curso
RE INDUCCIÓN SUBRED 2021						
Ahora a probar cuanto aprendimos	10.00 %	10.00	0–10	100.00 %		10.00 %
Ahora a probar cuanto aprendimos	10.00 %	10.00	0–10	100.00 %		10.00 %
Ahora a probar cuanto aprendimos	10.00 %	10.00	0–10	100.00 %		10.00 %
Ahora a probar cuanto aprendimos	10.00 %	10.00	0–10	100.00 %		10.00 %
Ahora a probar cuanto aprendimos	10.00 %	10.00	0–10	100.00 %		10.00 %
Ahora a probar cuanto aprendimos	10.00 %	10.00	0–10	100.00 %		10.00 %
Ahora a probar cuanto aprendimos	10.00 %	10.00	0–10	100.00 %		10.00 %
Ahora a probar cuanto aprendimos	10.00 %	10.00	0–10	100.00 %		10.00 %
Ahora a probar cuanto aprendimos	10.00 %	10.00	0–10	100.00 %		10.00 %
Σ Total del curso	-	**100.00**	**0–100**	**100.00 %**		-