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	%
	FO03H03	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	22931658861								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**		8	
NÚMERO DE CDP	1308	**FECHA**	2021/08/24	**NÚMERO DE CRP**	45573	**FECHA**	31/08/2021
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	9	2021		30	9	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. 168 HORAS MES DE FEBRERO , 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, 204 HORAS DE AGOSTO (12 HORAS ADICONALES A LAS 192 HORAS EFECTIVAS DEL MES DE AGOSTO), 180 HORAS DEL MES DE SEPTIEMBRE.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$28.305.960
VALOR EJECUTADO	$27.092.880
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.034.800
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.213.080
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	96%

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
53251569	$1.375.776	$171.972	$220.124	3	$33.514	**$425.610**

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de SEPTIEMBRE 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	9	2.021		30	9	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%**	Participare 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 **53251569** para el periodo de salud **2021-08** y pensiones **2021-08** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	INS	RET	TDE	TAC	TRE	TDP	VSP	VST	SUS	ISE	EXT	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECCION	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	CLASE RIESGO	INDICA TARIFA PENSION	COTIZACION Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	59	0								X							0		30	$1.375.776	0,02436	3		$33.600	$0	$0	Agosto - 2021	53251569	09/09/2021
Cajas	CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	860066942	59	0								X							0		30	$1.375.776	0,02000			$27.600	$0	$0	Agosto - 2021	53251569	09/09/2021
Salud	EPS008	Compensar EPS	860066942	59	0								X							0		30	$1.375.776	0,12500			$172.000	$0	$0	Agosto - 2021	53251569	09/09/2021
Pensiones	230301	Porvenir	800224808	59	0								X							0		30	$1.375.776	0,16000			$220.200	$0	$0	Agosto - 2021	53251569	09/09/2021

El presente certificado se expide a los 9 días del mes Septiembre 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 30 de septimebre de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2297-2021

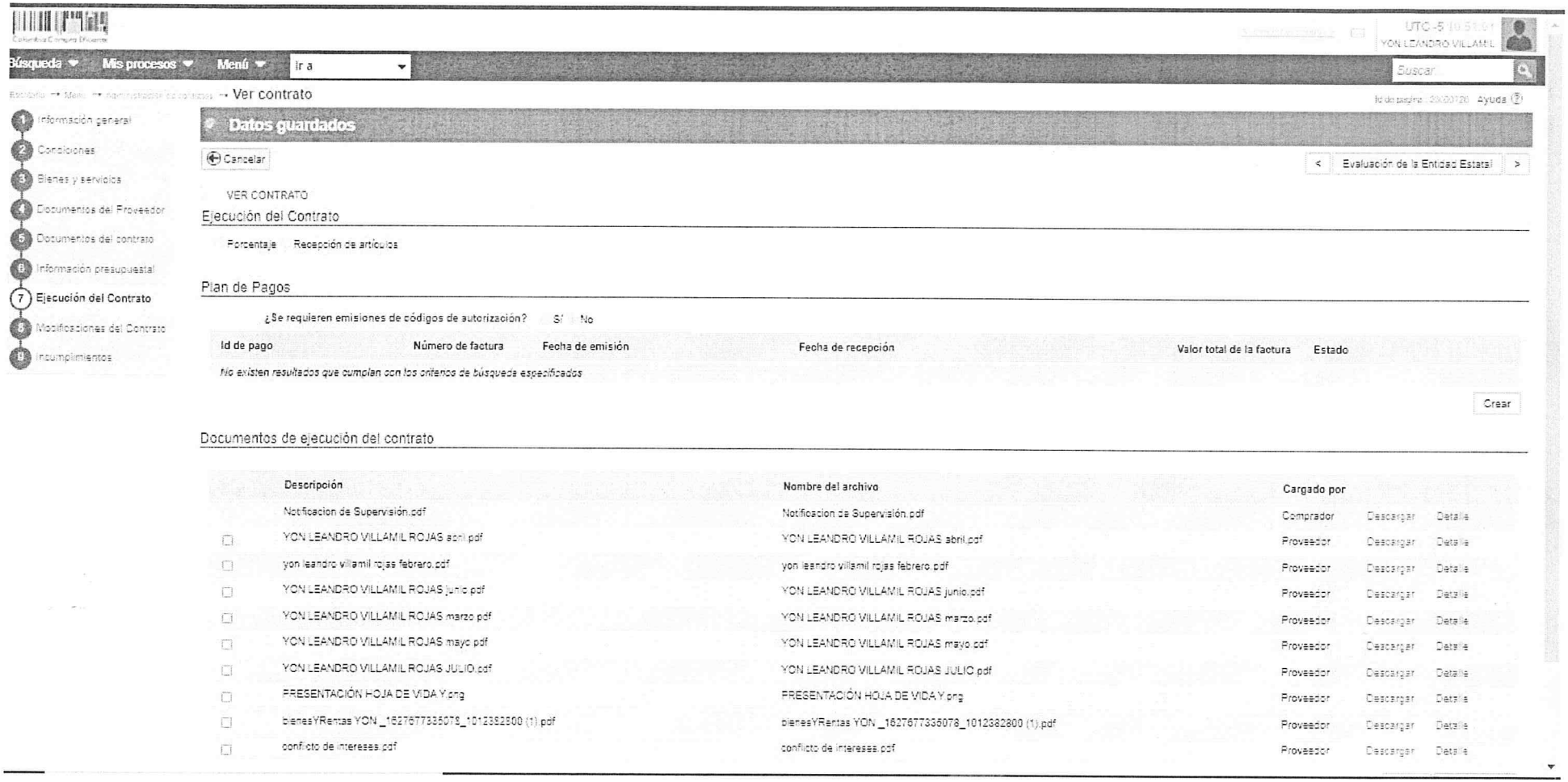
YON VILLAMIL R

Yon Leandro Villamil Rojas

C.C 1012382800

CUENTA DE AHORROS BANCO Davivienda

NUMERO 488414274669


Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Suscar
YON LEANDRO VILLAMIL
Ver contrato
Ayuda
1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
Datos guardados
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje
Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?
Sí
No
Id de pago
Número de factura
Fecha de emisión
Fecha de recepción
Valor total de la factura
Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
Notificacion de Supervisión.pdf
Notificacion de Supervisión.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
YON LEANDRO VILLAMIL ROJAS abril.pdf
YON LEANDRO VILLAMIL ROJAS abril.pdf
yon leandro villamil rojas febrero.pdf
yon leandro villamil rojas febrero.pdf
YON LEANDRO VILLAMIL ROJAS junio.pdf
YON LEANDRO VILLAMIL ROJAS junio.pdf
YON LEANDRO VILLAMIL ROJAS marzo.pdf
YON LEANDRO VILLAMIL ROJAS marzo.pdf
YON LEANDRO VILLAMIL ROJAS mayo.pdf
YON LEANDRO VILLAMIL ROJAS mayo.pdf
YON LEANDRO VILLAMIL ROJAS JULIO.pdf
YON LEANDRO VILLAMIL ROJAS JULIO.pdf
PRESENTACIÓN HOJA DE VIDA Y.png
PRESENTACIÓN HOJA DE VIDA Y.png
bienesYRentas YON _1627677335078_1012382800 (1).pdf
bienesYRentas YON _1627677335078_1012382800 (1).pdf
conflicto de intereses.pdf
conflicto de intereses.pdf
Proveedor

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ

Sideap 2.0

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	YON LEANDRO VILLAMIL ROJAS
Identificación:	1012382800
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	leandro1012382800@gmail.com
Fecha Declaración:	9/09/21 0:00

El servidor Público o colaborador, se compromete desde ya, a informar a la Administración Distrital, de los eventos o situaciones, potenciales, reales o aparentes, que puedan llegar a ser constitutivas de conflicto de intereses, así como de actualizar esta declaración en el momento en que se presente alguna de las causales que dé lugar a la configuración de un conflicto de interés. Lo anterior, para resguardar el interés general propio de la función pública y que este no entré en conflicto con un interés particular. De acuerdo a lo contemplado en la Ley 734 de 2002 (Ley derogada, por el artículo 265 de la Ley 1952 de 2019, que entrará en vigencia el 29 de marzo de 2022 de acuerdo con la Ley 2094 de 2021), Ley 1437 de 2011, Ley 190 de 1995, y Código de Integridad del Servicio Público Colombiano.

Lo anterior, para resguardar el interés general propio de la función pública y que este no entré en conflicto con mi interés particular.

De acuerdo a lo contemplado en la Ley 734 de 2002 (Ley derogada, por el artículo 265 de la Ley 1952 de 2019, que entrará en vigencia el 29 de marzo de 2022 de acuerdo con la Ley 2094 de 2021), Ley 1437 de 2011, Ley 190 de 1995, y Código de Integridad del Servicio Público Colombiano.

Para efectos del diligenciamiento: Para actualizar durante la ejecución del contrato

Para el efecto manifiesto bajo la gravedad del juramento: