

					Versión 3			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación 2/15/2018			
					Código: 04-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA								
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			Santiago Morantes Velandia					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1015472399
CORREO ELECTRONICO:			santiagomorantess3@gmail.com			CELULAR:		3112128202
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			C. EXT MEDICINA GENERAL HOSPITAL BOSA			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	BO37A10	100						
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			550001900230929				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		733			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1638	FECHA	2025-08-14 16:23:59.000	NÚMERO DE CRP	34649	FECHA	2025-08-15 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		MEDICO GENERAL- SERVICIOS AMBULATORIOS						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2025-07-01			2025-07-31	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$7,130,662				
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 0%			N/A	
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:						\$57,113,532		
VALOR EJECUTADO						\$37,018,030		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$7,130,662		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$20,095,502		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						65%		
El intervisor 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 \$2.194,507 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		
87411967	\$2,483,790	\$310,474	\$397,406	3	\$60,505	\$768,385		
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
MICHAEL DAVID GOMEZ REYES 1012392576 Supervisor								
Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.								
Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021								

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Practicar las intervenciones y valoraciones médicas, establecer diagnósticos y prescribir el tratamiento acorde con la patología diagnosticada	" Practico las intervenciones y valoraciones médicas, establezco diagnósticos y prescribir el tratamiento acorde con la patología diagnosticada"	" Practico las intervenciones y valoraciones médicas, establezco diagnósticos y prescribir el tratamiento acorde con la patología diagnosticada"
Elaborar las historias clínicas y demás registros clínicos de formar oportuna y completa de acuerdo con la normatividad vigente.	" Elaboro las historias clínicas y demás registros clínicos de formar oportuna y completa de acuerdo con la normatividad vigente."	" Elaboro las historias clínicas y demás registros clínicos de formar oportuna y completa de acuerdo con la normatividad vigente."
Realizar el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas.	"Realizo el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas."	"Realizo el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas."
Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y los planes de mejoramiento a que haya lugar en el desarrollo de sus actividades	" Formulo y ejecuto las acciones preventivas y/o correctivas y los planes de mejoramiento a que haya lugar en el desarrollo de sus actividades"	" Formulo y ejecuto las acciones preventivas y/o correctivas y los planes de mejoramiento a que haya lugar en el desarrollo de sus actividades"
Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales, en el área o servicio asignado	" Realizo las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales, en el área o servicio asignado"	" Realizo las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales, en el área o servicio asignado"
Realizar la referencia y la contrareferencia de los usuarios cuando se requiera, dentro de aplicando la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente.	"Realizo la referencia y la contrareferencia de los usuarios cuando se requiera, dentro de aplicando la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente."	" Realizo la referencia y la contrareferencia de los usuarios cuando se requiera, dentro de aplicando la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente."
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	" Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente."	" Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente."
Aplicar lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio.	Aplico lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio.	Aplico lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio.
Reportar oportunamente las anomalías de la prestación del servicio en la aplicación sucesos de seguridad "tu tambien puedes salvar vidas"	Reporto oportunamente las anomalías de la prestación del servicio en la aplicación sucesos de seguridad "tu tambien puedes salvar vidas"	Reporto oportunamente las anomalías de la prestación del servicio en la aplicación sucesos de seguridad "tu tambien puedes salvar vidas"
Presentar informes periódicos sobre el desarrollo de sus actividades a las instancias pertinentes de acuerdo a las actividades encomendadas.	Presento informes periódicos sobre el desarrollo de sus actividades a las instancias pertinentes de acuerdo a las actividades encomendadas.	Presento informes periódicos sobre el desarrollo de sus actividades a las instancias pertinentes de acuerdo a las actividades encomendadas.
Asistir y participar activa mente en las reuniones y en procesos de fortalecimiento a que haya lugar, relacionadas con las actividades que ejecute.	Asisto y participo activa mente en las reuniones y en procesos de fortalecimiento a que haya lugar, relacionadas con las actividades que ejecute.	Asisto y participo activa mente en las reuniones y en procesos de fortalecimiento a que haya lugar, relacionadas con las actividades que ejecute.
Garantizar la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas.	Garantizo la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas.	Garantizo la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas.
Revisar y notificar oportunamente al líder o supervisor el estado de las agendas de servicios programados.	Reviso y notifico oportunamente al líder o supervisor el estado de las agendas de servicios programados.	Reviso y notifico oportunamente al líder o supervisor el estado de las agendas de servicios programados.
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	" Diligencio el consentimiento informado acorde al procedimiento. "	" Diligencio el consentimiento informado acorde al procedimiento. "
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	" Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred"	" Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred"
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	"Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. "	"Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. "
Adjuntar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente en la cuenta de cobro aplicativo Suresoc.	" Adjunto la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente en la cuenta de cobro aplicativo Suresoc."	" Adjunto la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente en la cuenta de cobro aplicativo Suresoc."
En caso de presentarse un caso fortuito o de fuerza mayor que impida asistir a la consulta, informar al supervisor del contrato.	" En caso de presentarse un caso fortuito o de fuerza mayor que impida asistir a la consulta, informo al supervisor del contrato. "	" En caso de presentarse un caso fortuito o de fuerza mayor que impida asistir a la consulta, informo al supervisor del contrato. "

Uso adecuado de la bata y carnet segun lineamiento Institucional, incluye el cumplimiento de la estrategia "Quitate la bata" en el cotexto de seguridad del paciente.	" Uso adecuado de la bata y carnet segun lineamiento Institucional, incluye el cumplimiento de la estrategia ""Quitate la bata"" en el cotexto de seguridad del paciente. "	" Uso adecuado de la bata y carnet segun lineamiento Institucional, incluye el cumplimiento de la estrategia ""Quitate la bata"" en el cotexto de seguridad del paciente. "
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	"Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato."	"Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato."

MICHAEL DAVID GOMEZ REYES
1012392576
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALLUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

SANTIAGO MORANTES VELANDIA
CC 1015472399 DE BOGOTA D.C

La suma de 7'.130.662 COP por concepto de: honorario mes de julio durante el periodo de 1 al 31 de julio 2025 en la APP hospital de Bosa conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicio N° 733-2025.



Santiago Morantes Velandia
CC 1015472399 de Bogotá D.C
Cuenta de Ahorro Banco: Davivienda
Numero 550001900230929

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1015472399	SANTIAGO MORANTES VELANDIA		CR 0 # 0 - 0	4786368	SANTIAGOMORANTES@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-06	2025-06	I	16/06/2025	87411967	\$941.600
TOTAL A PAGAR					

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	380.400	0		0		0	0	0	0	380.400	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	487.000	0	0	0	0	0	0		487.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	74.200				74.200	0	0	74.200			742	74.200	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	380.400	380.400
Pensión	1	487.000	487.000
Riesgos Laborales	1	74.200	74.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	941.600	941.600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1015472399	SANTIAGO MORANTES VELANDIA		CR 0 # 0 - 0	4786368	SANTIAGOMORANTES@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-06	2025-06	I	16/06/2025	87411967	\$941.600
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1015472399	MORANTES VELANDIA SANTIAGO	59	0			N																		25-14	3.043.200	487.000	0	0	0	0	EPS008	3.043.200	380.400	14-11	3.043.200	3	74.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA