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	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DAVID SEBASTIAN CORTES MOTTA								
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1233510021			
CORREO ELECTRONICO:	ds.cortesmo@unisanitas.edu.co				CELULAR:	3025703076			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URG CONSULTA URGENCIAS HOSPITAL BOSA				SEDE:	SUBRED			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%							
	BO37B01	100							
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DE BOGOTA				TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	19789726						PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO	2470			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1865	FECHA	2025-09-17 13:39:31.000	NÚMERO DE CRP	39709	FECHA	2025-09-26 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO GENERAL - URGENCIAS DE ALTA COMPLEJIDAD						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-09-01		2025-09-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$6,517,584				
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:	$71,210,640
VALOR EJECUTADO	$62,761,920
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$6,517,584
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$8,448,720
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	88%

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 $2.194,507 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
89783446	$3,186,374	$398,297	$509,820	3	$77,620	$985,737

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

jefersson andres orjuela ayala
1022360481
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

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Realizar recibo y entrega de turno de pacientes en área de reanimación y observación de urgencias.	Valora pacientes en estas dos área y cumple a cabalidad sus actividades.	SI
Desarrolla actividades propias según área asignada diariamente triage, consulta, reanimación y evolución.	Ejecuto la atención de pacientes según la asignación durante el desarrollo de sus actividades.	SI
Diligenciar adecuadamente el registro de historias clínicas.	Llena correctamente cada historia clínica de paciente atendido.	SI
Diligenciar el 100% de las fichas de notificación obligatoria.	Realiza y registra de forma completa las fichas de notificación obligatoria.	
Solicitar interconsultas, laboratorios y exámenes diagnósticos según sea el caso por cada paciente, con la pertinencia médica del caso.	Realiza y registra de forma completa las fichas de notificación obligatoria.	SI
Mantener un trato humanizado con el usuario y sus familiares.	Brinda atención médica de calidad haciendo énfasis en el buen trato.	SI
Fomentar trabajo en equipo con el personal asistencial del servicio.	Articula con sus compañeros la atención integral de los pacientes.	SI
Asistir a reuniones propias del área y jornadas de capacitación que se realicen durante el mes.	Cumplimiento de actividades programadas por el líder del servicio.	SI
Realizar adecuado uso los equipos biomédicos con los que se cuentan en el área (monitores, desfibrilador, ecógrafo y demás) garantizando su conservación.	Usa correctamente el ecógrafo, monitores, desfibrilador y demás equipos que se encuentran en el servicio.	SI
Suministrar información clara y oportuna a los pacientes y familiares acerca de diagnóstico, tratamiento, estancia hospitalaria y demás dudas concernientes con la atención medica.	Usa correctamente el ecógrafo, monitores, desfibrilador y demás equipos que se encuentran en el servicio.	SI

jefersson andres orjuela ayala
1022360481
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 Controlada Subred Sur Occidente

DOCUMENTOEQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DESERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBEA:

DAVIDSEBASTIAN CORTESMOTTA

C.C1.233.510.021 DEBOGOTA

La suma de (6.517.584;), por concepto de: prestación de servicios como médico general en el área de urgencias en la unidad de Bosa durante el periodo de 1 al 30 de SEPTIEMBRE de 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2470- 2025.

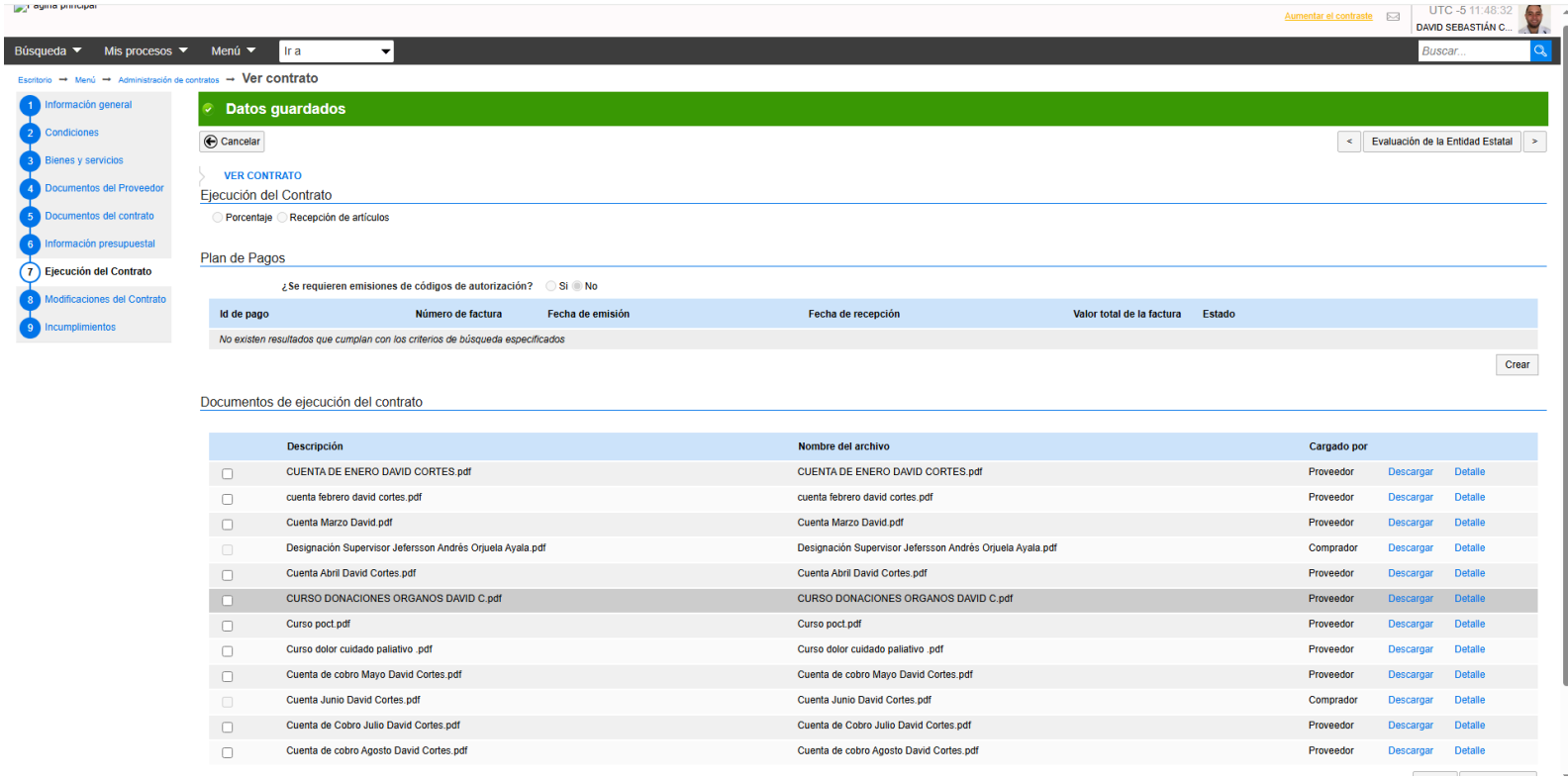


DAVIDSEBASTIAN CORTESMOTTA

C.C1.233.510.021 DEBOGOTA

CUENTADEAHORROSBANCOBOGOTA

NUMERO 019789726


Página principal
Aumentar el contraste
UTC -5 11:48:32
DAVID SEBASTIÁN C...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato
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? Si 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
CUENTA DE ENERO DAVID CORTES.pdf CUENTA DE ENERO DAVID CORTES.pdf Proveedor Descargar Detalle
cuenta febrero david cortes.pdf cuenta febrero david cortes.pdf Proveedor Descargar Detalle
Cuenta Marzo David.pdf Cuenta Marzo David.pdf Proveedor Descargar Detalle
Designación Supervisor Jefersson Andrés Orjuela Ayala.pdf Designación Supervisor Jefersson Andrés Orjuela Ayala.pdf Comprador Descargar Detalle
Cuenta Abril David Cortes.pdf Cuenta Abril David Cortes.pdf Proveedor Descargar Detalle
CURSO DONACIONES ORGANOS DAVID C.pdf CURSO DONACIONES ORGANOS DAVID C.pdf Proveedor Descargar Detalle
Curso poct.pdf Curso poct.pdf Proveedor Descargar Detalle
Curso dolor cuidado paliativo .pdf Curso dolor cuidado paliativo .pdf Proveedor Descargar Detalle
Cuenta de cobro Mayo David Cortes.pdf Cuenta de cobro Mayo David Cortes.pdf Proveedor Descargar Detalle
Cuenta Junio David Cortes.pdf Cuenta Junio David Cortes.pdf Comprador Descargar Detalle
Cuenta de Cobro Julio David Cortes.pdf Cuenta de Cobro Julio David Cortes.pdf Proveedor Descargar Detalle
Cuenta de cobro Agosto David Cortes.pdf Cuenta de cobro Agosto David Cortes.pdf Proveedor Descargar Detalle

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1233510021	DAVID SEBASTIAN CORTES MOTTA	CL 13 SUR 24H 16	3025703076	DAVIDCMOTTA20@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	12/09/2025	89783446	$1.471.400	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	591.500	0		0		0	8	3.000	0	594.500	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	757.100	0	0	0	0	8	3.900	0	761.000	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										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	115.300				115.300	8	600	115.900			1.153	115.900	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	8	0	0	0
ICBF				
0	8	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	591.500	594.500
Pensión	1	757.100	761.000
Riesgos Laborales	1	115.300	115.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.463.900	1.471.400

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE APORTANTE**		**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**CORREO**
CC	1233510021	DAVID SEBASTIAN CORTES MOTTA		CL 13 SUR 24H 16	3025703076	DAVIDCMOTTA20@GMAIL.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**
					1	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2025-08	2025-08	I	12/09/2025	89783446	$1.471.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**Colom. exterior**	**Estornado**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRL**	**CORRECCIÓN**	**Cód. AFP**	**IBC AFP**	**Cotización**	**Voluntario 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	1233510021	CORTES MOTTA DAVID SEBASTIAN	59	0			N																			25-14	4.731.284	757.100	0	0	0	0	EPS005	4.731.284	591.500	14-25	4.731.284	3	115.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información