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:	LOUIS WILLIAM VELASQUEZ RODRIGUEZ								
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	72218294			
CORREO ELECTRONICO:	lowver@gmail.com				CELULAR:	3007986825			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URG CONSULTA URGENCIAS USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%					
	KE10B01	50	KE10I06	50					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	3800176244						PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	2308			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	2169	FECHA	2025-11-05 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	48399	FECHA	2025-11-10 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- INTERNISTA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-10-01		2025-10-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$11,897,556				
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:	$117,353,166
VALOR EJECUTADO	$107,618,802
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$11,897,556
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$9,734,364
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	92%

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
90545697	$4,759,022	$594,878	$761,444	3	$115,930	$1,472,251

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Jaime Alberto Goenaga
72161935
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
Recibir y diligenciar diariamente, a través de la reunión de entrega de turno, el libro de entrega de turno.	Recibí y diligencié diariamente, a través de la reunión de entrega de turno, el libro de entrega de turno durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo, bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado.	Libro de entrega de turnos
Elaborar el listado de pacientes de cada una de las áreas asignadas, con el fin de conocer lo que se tiene pendiente en lo referente al diagnóstico, tratamiento, remisión y/o reubicación en la subred.	Elaboré listados de pacientes de cada una de las áreas asignadas, con el fin de conocer lo que se tiene pendiente en lo referente al diagnóstico, tratamiento, remisión y/o reubicación en la subred, durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo, bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado.	Libro de entrega de turnos
Evolucionar y formular órdenes médicas a pacientes según las áreas asignadas.	Evolucioné y formulé órdenes médicas a pacientes según las áreas asignadas, durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo, bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado	Historia Clínica de cada paciente
Presentar los pacientes del área asignada al médico internista o especialista pertinente.	Presenté los pacientes del área asignada al médico internista o especialista pertinente. durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo, bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratad	Historia Clínica de cada paciente
Participar en las reuniones de juntas médicas interdisciplinarias	Participé en las reuniones de juntas médicas interdisciplinarias durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo, bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado	Historia clínica de cada paciente
Colaborar y/o realizar procedimientos médicos pertinentes al área asignada.	Colaboré y realicé procedimientos médicos pertinentes al área asignada. durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo, bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado.	Historia Clínica de cada paciente
Diligenciar los formatos institucionales requeridos para cada paciente asignado.	Diligencie los formatos institucionales requeridos para cada paciente asignado. durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo, bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado.	Historia Clínica de cada paciente
Diligenciar los certificados médicos de defunción requeridos y pertinentes al área asignada.	Diligencie los certificados médicos de defunción requeridos y pertinentes al área asignada. durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo., bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado.	Historia Clínica de cada paciente
Participar en el proceso de enseñanza aprendizaje a los estudiantes, según los convenios docencia servicio con que cuenta la institución.	Participé en el proceso de enseñanza - aprendizaje a los estudiantes, según los convenios docencia servicio con que cuenta la institución. durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo, bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado.	Entrega de turnos
Participar en las reuniones de actualización programadas por el servicio	Participe de las reuniones de actualización programadas por el servicio	Lista de asistencia

Copia Controlada Subred Sur Occidente

Pagar sus aportes al sistema general de seguridad social integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros días calendario de cada mes.	Pagué aportes al sistema general de seguridad social integral sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros días calendario del mes a certificar, de acuerdo con el monto legal establecido, bajo los parámetros éticos y profesionales con los que he sido contratado	Copia de planilla pagada

Jaime Alberto Goenaga
72161935
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

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	72218294	LOUIS WILLIAM VELASQUEZ RODRIGUEZ	Calle 152B # 59 - 17	3007986825	lowver@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-09	I	20/10/2025	90545697	$1.472.600	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	595.000	0		0		0	0	0	0	595.000	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	761.600	0	0	0	0	0	0		761.600	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	116.000				116.000	0	0	116.000			1.160	116.000	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	595.000	595.000
Pensión	1	761.600	761.600
Riesgos Laborales	1	116.000	116.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.472.600	1.472.600

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	72218294	LOUIS WILLIAM VELASQUEZ RODRIGUEZ	Calle 152B # 59 - 17	3007986825	lowver@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	
2025-09	2025-09	I	20/10/2025	90545697	$1.472.600	

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	72218294	VELASQUEZ RODRIGUEZ LOUIS WILLIAM	59	0			N																	25-14	4.760.000	761.600	0	0	0	0	EPS001	4.760.000	595.000	14-11	4.760.000	3	116.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
68dd43ffc6ad6945fffe01150d7b8743923a71cf46a66eb09a520db86a1b5d4b9c7bb125b5b9839fd940fedeab0efe16

Número de Factura: WFE-190
Fecha de Emisión: 27/10/2025
Fecha de Vencimiento: 27/10/2025
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Crédito ACH
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: VELASQUEZ RODRIGUEZ LOUIS WILLIAM
Nombre Comercial: VELASQUEZ RODRIGUEZ LOUIS WILLIAM
Nit del Emisor: 72218294
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8621

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 152 B 59 17 CA 3
Teléfono / Móvil: 3007986825
Correo: lowver@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE / SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900959048
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-13;R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: Calle 9 No. 39 - 46
Teléfono / Móvil: 3753569
Correo: facturacionelectronica@subredsuroccidente.gov.co

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				Precio unitario de venta
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	
1	1	SERVICIO MEDICO INTER NISTA	NIU	132,00	$ 90.133,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 11.897.556,00

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
27/10/2025 07:49:58
Documento validado por la DIAN:
27/10/2025 07:49:59
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal		11897556
Descuento detalle		0,00
Recargo detalle		0,00
Total Bruto Factura		11897556
IVA		0,00
INC		0,00
Bolsas		0,00
Otros impuestos		0
Total impuesto (=)		0
Total neto factura (=)		11897556
Descuento Global (-)		0,00
Recargo Global (+)		0,00
Total factura (=)	**COP $**	$ 11897556

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal		11.897.556,00
Descuento detalle		0,00
Recargo detalle		0,00
Total Bruto Factura		11.897.556,00
IVA		0,00
INC		0,00
Bolsas		0,00
Otros impuestos		0,00
Total impuesto (=)		0,00
Total neto factura (=)		11.897.556,00
Descuento Global (-)		0,00
Recargo Global (+)		0,00
Total factura (=)	**COP $**	$ 11.897.556,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764094430027 Rango desde: 181 Rango hasta: 200 Vigencia: 2025-12-16