

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

Versión 3

Fecha de aprobación 2/15/2018

Código: 04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		Jose Luis Velásquez Urrego					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	1013653270		
CORREO ELECTRONICO:	oyt.jlvelasquez@gmail.com			CELULAR:	3124647743		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		QUIRURGICO ORTOPEDIA BOSA			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo
	B035C11	30	BO35A25	40	B035I02	20	BO35B04
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		42851011751				PENSIONADO	NO

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

NÚMERO DE CONTRATO	275			VIGENCIA	2026		
NÚMERO DE CDP	1146	FECHA	2026-05-14 15:16:14.000	NÚMERO DE CRP	20107	FECHA	2026-05-28 00:00:00.000

OBJETO DEL CONTRATO: ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL
		2026-04-01		2026-04-30

VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$14,201,304

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 repercute 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:	\$67,729,296
VALOR EJECUTADO	\$41,875,640
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$14,201,304
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$25,853,656
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	62%

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
84984793	\$5,243,558	\$655,445	\$838,969	3	\$127,733	\$1,622,147

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

GUSTAVO ANTONIO SALAS GARZÓN
80423600
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
1. Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad 2. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Valoración clínica de pacientes con patología osteomuscular traumática y no traumática. Formulación de plan de manejo médico o quirúrgico. Realización de procedimientos como reducción de fracturas, inmovilizaciones, infiltraciones o cirugías ortopédicas según programación. Registro completo en historia clínica conforme a normatividad vigente, con acceso controlado en la protección de datos del paciente por su seguridad y privacidad	Notas de Consulta Externa Urgencias, Evolución Hospitalaria, Descripción Quirúrgica, Consentimiento informado, Órdenes médicas y plan de manejo registrados en la Historia Clínica y se puede consultar por sistema
3. Llevar registro de la atención de los procedimientos, 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 4. Participar en la programación de actividades del área	Registro diario de procedimientos y cirugías realizadas. Participación en programación quirúrgica y agenda de consulta externa.	Reporte de actividades asistenciales registradas en sistema institucional. Participación en programación quirúrgica documentada
5. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente 6. 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	Reporte oportuno de complicaciones quirúrgicas, infecciones asociadas a la atención en salud y eventos adversos. Participación en comités de morbimortalidad y seguridad del paciente	Formatos de notificación diligenciados. Actas o registros de participación en comités (cuando aplique).
7. Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente 8. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	Indicaciones al equipo asistencial sobre manejo postoperatorio, inmovilización y rehabilitación. Diligenciamiento adecuado de consentimientos, listas de chequeo quirúrgico y formatos institucionales	Consentimientos informados firmados. Checklist quirúrgico diligenciado. Órdenes médicas registradas
9. Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento 10. Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación	Explicación del procedimiento quirúrgico y riesgos al paciente y familia. Seguimiento postoperatorio y control de evolución clínica.	Consentimiento informado firmado. Notas de evolución y controles postquirúrgicos registrados en historia clínica.
11. Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención 12. Emitir conceptos médicos que se le requieran	Información clara sobre diagnóstico, pronóstico y plan terapéutico. Emisión de conceptos médicos, incapacidades o valoraciones especializadas cuando se requiera	Registro de información brindada. Conceptos médicos e incapacidades emitidas.
13. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred 14. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato	Cumplimiento de guías clínicas institucionales y protocolos quirúrgicos. Elaboración y entrega de informe mensual de actividades al supervisor del contrato.	Informe mensual entregado. Evidencia de adherencia a protocolos institucionales.
15. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. 16. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Uso adecuado de instrumental quirúrgico y equipos asignados. Participación en capacitaciones, juntas médicas y reuniones del servicio	Registro de asistencia a capacitaciones. Actas de junta médica cuando aplique.
17. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos 18. Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales	Aplicación de procesos institucionales (referencia y contrarreferencia, auditorías clínicas). Apoyo en jornadas especiales quirúrgicas o brigadas cuando sea requerido.	Evidencia de aplicación de procedimientos. Reporte de participación en jornadas institucionales.
19. Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred 20. Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios	Registro oportuno de actividades asistenciales en el sistema institucional. Participación en investigaciones clínicas o revisiones de casos cuando sea convocado	Reporte de actividades registradas. Soporte de participación en procesos investigativos (cuando aplique).
21. Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado 22. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente 23. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Supervisión de contratos: No aplica si no ha sido designado. Entrega mensual de planilla SGSSS y ARL Cumplimiento de actividades adicionales acordes con el objeto contractual.	Planilla de seguridad social pagada. Supervisión: No aplica para el periodo (si no fue designado). Soportes de actividades ejecutadas.

GUSTAVO ANTONIO SALAS GARZÓN
80423600
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



Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2026-04-12, 05:36:56 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	marzo de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	marzo de 2026
Empresa	JOSE LUIS VELASQUEZ URREGO
CEDULA CIUDADANIA	CC 1013653270
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	84984793
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	217741461
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	\$ 2.233.800
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	\$ 1.088.000	\$ 0
N800088702	EPS010	EPS SURA	1	\$ 850.000	\$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	\$ 295.800	\$ 0
SubTotales:				\$ 2.233.800	\$ 0
Total a Pagar:					\$ 2.233.800



Medellin, 26 de abril de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **JOSE LUIS VELASQUEZ URREGO** con documento de identidad **C1013653270**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2025-07-03	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	RIESGO III	0000000 003	3	2.436	EN COBERTURA

- **Medellín** 604 4444578
- **Bogotá** 601 4055911
- **Cali** 602 3808938
- **Pereira** 606 3138400

- **Manizales** 606 8811280
- **Bucaramanga** 607 6917938
- **Cartagena** 605 6424938
- **Barranquilla** 605 3197938

- **Lineas de atención** 01 8000 511 414 6 01 8000 941 414
- **Línea de conciliación** ARL 3103157562
- **sura.co/arl**



Dr. José Luis
Velásquez
Urrego
MEDICO ORTOPEDISTA Y TRAUMATOLOGO

Jose Luis Velasquez Urrego
NIT 1.013.653.270-2
Carrera 2A 17A 34 sur
Tel: (601) 3124647743
Bogotá - Colombia
oyt.jlvelasquez@gmail.com



Factura electrónica de venta
No. FVE 27

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E		
NIT	900.959.048-4	Teléfono	(601) 4546800
Dirección	CALLE 9 39 46	Ciudad	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	26/04/2026, 12:43
Expedición	26/04/2026, 12:43
Vencimiento	26/04/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Honorarios Especialista Ortopedia, mes Abril 2026 según contrato 275-2026	1.00	14,201,304.00

Total items: 1

Valor en Letras:

Catorce millones doscientos un mil trescientos cuatro pesos m/cte

Forma de pago:

Contado

Medio de pago:

Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia \$ 14,201,304.00

Observaciones:

Total Bruto	14,201,304.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	14,201,304.00

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764089913683 aprobado en 20250303 prefijo FVE desde el número 1 al 50 Vigencia: 24 Meses Meses**

No responsable de IVA - Actividad Económica 8699 Otras actividades de atención de la salud humana Tarifa
CUFE: 659aa3f868fb758b168cf92f9c3f5d8bcfd2f185dbb6066036be13426d2f1548bb6684d6fd25a107324f0a25ba068ea5