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:	Walter Figueroa Martínez							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	91527528		
CORREO ELECTRONICO:	walfigmar@gmail.com				CELULAR:	3102783956		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%				
	KE10I06	50	KE10B04	50				
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	10131086461					PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	3093			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1161	FECHA	2025-05-19 12:20:03.000	NÚMERO DE CRP	26611	FECHA	2025-05-27 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- INTERNISTA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-05-01		2025-05-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$16,764,738				
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:	$79,677,572
VALOR EJECUTADO	$62,372,036
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$16,764,738
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$17,305,536
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	78%

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
86579881	$6,705,895	$838,237	$1,072,943	3	$163,356	$2,074,536

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo 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
1) Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente	Realice las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente	Historia Clinica
2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Cumpli con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Historia Clinica
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	Lleve 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	Historia Clinica
4) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica	Cumpli con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica	Historia Clinica
5) Participar en la programación de actividades del área.	Participe en la programación de actividades del área.	Historia Clinica
6) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.	Reporte los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.	Historia Clinica
7) 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.	Notifique 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.	Historia Clinica
8) Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	Realice instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	Historia Clinica
9) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Diligencie en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Historia Clinica
10) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	Diligencie el consentimiento informado acorde al procedimiento.	Historia Clinica
11) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	Practique el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	Historia Clinica
12) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Informe al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Historia Clinica
13) Emitir conceptos médicos que se le requieran.	Emiti conceptos médicos que se le requieran.	Historia Clinica
14) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Apoye el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Historia Clinica
15) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	Diligencie el consentimiento informado acorde al procedimiento	Historia Clinica
16) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	Elabore informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	Cuenta de cobro
17) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Respondi por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	Historia Clinica
18) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Participe en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Actas
19) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Conoci y di cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Historia Clinica

Copia Controlada Subred Sur Occidente

20) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	Apoye a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	Actas
21) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Registre las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Actas
22) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	Realice supervisión de los contratos para los que sea designado.	Historia Clinica
23) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Entregue la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Soporte de pago de seguridad
24) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Realicer las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Historia Clinica

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 Certificadd
Subred Surocciidente

DR. WALTER FIGUEROA MARTINEZ

Medicina Interna / Hematologia

WALTER FIGUEROA MARTINEZ

NIT: 91527528
Régimen: No responsable de IVA
Tipo Persona: Natural
CL 160 58 75, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia, CP 110110
Tel. 3102783956

Autorización facturación electrónica No. 18764090723717 válida desde 2025-03-19 hasta 2027-03-19 rango desde FEWF1 hasta FEWF50.

DATOS DEL CLIENTE	
NIT:	900959048-4
Razón Social:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE
Dirección:	CL 9 39 46, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia, CP 111611
Télefono:	5551347
Email:	facturacionelectronica@subredsuroccidente.gov.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	
No. de Factura	FEWF11
Fecha Emisión	26/05/2025 17:52:32-05:00
Fecha Vencimiento	31/05/2025
Moneda	COP Colombia, Pesos
Forma de Pago:	Crédito
Medio de Pago:	Transferencia Crédito Bancario
Fecha de Pago:	31/05/2025
Total de Lineas	1
Fecha Firmado	26/05/2025 17:52:36

#	Código	Descripción	U. M.	Cantidad	Precio U.	Impuestos Nom.	% o Val.	Monto .	Dcto.	Total
1	85121502	HorasMedicina Interna	WSD	186,00	$90.133,00				0,00	$16.764.738,00

Impuesto	Base	Tarifa / Valor Nominal	Importe

Subtotal:	$16.764.738,00
Cargos:	$0,00
Descuento:	$0,00
Total:	$16.764.738,00

Notas:	No practicar Retención en la Fuente e Ica, pertenezco al Régimen Simple de Tributación -Contrato 3093-2025

Total con letra:	(DIECISEIS MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS)
CUFE:	eaada9a137cd79f5a399ac9116d34e775a39b8a1dfe0f467f788b7c5626f482e78b4aa6d2855b8c3e82c9280e3a1e68f

Firma Digital: TghiaBTNrqWGjV9X/Gzp1VtqtD4el7nKcmHMIM8XssVchlsKRka0FGo9ZjfYNdTW
uNkTw72b9ft/Dkfufa1aqpp7EZVWUzXw4rmz0sF+kwHlpjRf5Y
r3cEuayQ3nn/W7 xu5sJlTIE3j9Osyrgb6eoypwi3DaFAVnClC+GpQLyFKiXM4D21mH37XsJuyc+MS6 rWG+GNr94RIEOCwYxzuXTCNk71yEa90wRsi
rbc0t7yWLPFz/OVbi2aBiki+Tn6J9 Pq/dTbEcFKNKyaswOKwRtkSsJSf2T+cNhZHbbfgoj1QI7biJZFIzgVLpckF60knl Qpw41nU2+Odkp7x3j1XE
gQ==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

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	91527528	WALTER FIGUEROA MARTINEZ	CALLE 160 # 58 - 75 Torre 28 Apto 202	3102783956	walfigmar@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	
2025-04	2025-04	I	14/05/2025	86579881	$2.150.600	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	838.300	0		0		0	6	3.300	0	841.600	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
230301	Porvenir	800224808-8	1.073.000	0	0	33.600	33.600	6	4.300	400	1.144.900	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	163.400				163.400	6	700	164.100			1.634	164.100	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	6	0	0	0
ICBF				
0	6	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	838.300	841.600
Pensión	1	1.140.200	1.144.900
Riesgos Laborales	1	163.400	164.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.141.900	2.150.600

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	91527528	WALTER FIGUEROA MARTINEZ	CALLE 160 # 58 - 75 Torre 28 Apto 202	3102783956	walfigmar@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	
2025-04	2025-04	I	14/05/2025	86579881	$2.150.600	

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	91527528	FIGUEROA MARTINEZ WALTER	59	0			N																	230301	6.705.895	1.073.000	0	0	33.600	33.600	EPS008	6.705.895	838.300	14-11	6.705.895	3	163.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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