

					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:			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:			URG OBSERVACIÓN ESPECIALIZADAS USS OCCIDENTE DE KENNEDY			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%				
	KE10B04	50	KE10I06	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	2169	FECHA	2025-11-05 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	48910	FECHA	2025-11-10 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		MEDICO ESPECIALISTA- INTERNISTA						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2025-09-01			2025-09-30	
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:						\$146,736,524		
VALOR EJECUTADO						\$129,430,988		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$16,764,738		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$17,305,536		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						88%		
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	
89221413	\$6,705,895	\$838,237		\$1,072,943	3	\$163,356	\$2,074,536	
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre 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								

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

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



DR. WALTER FIGUEROA MARTINEZ

Medicina Interna / Hematología

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					FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA				
NIT:	900959048-4				No. de Factura	FEWF26			
Nombre o Razón Social:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE				Fecha Emisión	26/09/2025 07:32:01-05:00			
Dirección:	CL 9 39 46, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia, CP 111611				Fecha Vencimiento	30/09/2025			
Télefono:	5551347				Moneda	COP Colombia, Pesos			
Email:	facturacionelectronica@subredsuroccidente.gov.co				Forma de Pago:	Crédito			
					Medio de Pago:	Transferencia Crédito Bancario			
					Fecha de Pago:	30/09/2025			
					Total de Lineas	1			
					Fecha Firmado	26/09/2025 07:32:34			

#	Código	Descripción	U. M.	Cantidad	Precio U.	Impuestos		Dcto.		Total
						Nom.	% o Val.	Monto .		
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

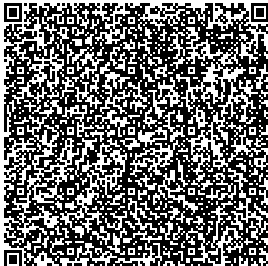
Notas:	No practicar Retención en la Fuente e Ica, pertenezco alRégimen Simple de Tributación
--------	---

Total con letra:	(DIECISEIS MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS)
CUFE:	487235f6c0a457cd30dfebe7859c652770e3211e7952c2dd7001d52e804168ff38c6a5c736d16db3f3e19fb8a833e645

Firma Digital: AvDmnsrmescU+ZG32ftisN4v69siLS2uPUotNyH14z5uC4tDbBqrAzy1p6V0nTMf
SU2ale5SqORbOsUOOZfIV+Hub7wy02A0Y169epzlkYd1CLQNeQ
1xFeMLBplb7EAN Psx205Yml0omg0d6Jodvn1LaqNbyEbfmpuSjgfo2Mv/ErJOZZaFclivvD2y/Ra.4mgmEcX5F2natdNQA6Z5TWres9LDSQ3CNBB
r7Nwi2x0rHjrzKE77VOvbWzJvZXnk 2reKmr/zb2zmKoiO08KWcvkuRfcx1uZNZpuQQKE2sbV5Sj3mpa08xEf3Coh7433o ErEI2uzFkvDBgtrbg6KZ
Gg==

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.



DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	
CC	91527528	WALTER FIGUEROA MARTINEZ		CALLE 160 # 58 - 75 Torre 28 Apto 202	3102783956	
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 (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-08	2025-08	I	08/09/2025	89221413	TOTAL A PAGAR \$2.146.200

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	3	1.600	0	839.900	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	3	2.100	200	1.142.500	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	3	400	163.800			1.634	163.800	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	3	0	0	0
ICBF				
0	3	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	839.900
Pensión	1	1.140.200	1.142.500
Riesgos Laborales	1	163.400	163.800
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	2.146.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
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.	
						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
2025-08	2025-08	I	08/09/2025	89221413	\$2.146.200
					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	Sueldo	Exonerado	Clase de Riesgo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MAA	MAA	MAA	MAA	MAA	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

PAGADA

Medellin, 27 de septiembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que WALTER FIGUEROA MARTINEZ con documento de identidad C91527528, 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
2025-02-07	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	RIESGO III	0000000003	3	2.436	EN COBERTURA



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		
☐	Ejecucion febrero 2025.pdf	Ejecucion febrero 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta De Marzo 2025.pdf	Cuenta De Marzo 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta De Abril 2025.pdf	Cuenta De Abril 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de Cobro 052025 WFM.pdf	Cuenta de Cobro 052025 WFM.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta De Junio 2025.pdf	Cuenta De Junio 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta De Julio 2025.pdf	Cuenta De Julio 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta De Agosto 2025.pdf	Cuenta De Agosto 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>