

					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	248	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	3843	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		MEDICO ESPECIALISTA- INTERNISTA						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2026-01-01			2026-01-31	
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:						\$196,489,940		
VALOR EJECUTADO						\$196,489,940		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$16,764,738		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$0		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						100%		
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		
92592748	\$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 Enero de 2026. 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.	Historia Clínica
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.	Historia Clínica
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.	Actas
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.	Cuenta De Cobro
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. 3222664266

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	FEWF43			
Nombre o Razón Social:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE				Fecha Emisión	26/01/2026 09:22:58-05:00			
Dirección:	CL 9 39 46, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia, CP 111611				Fecha Vencimiento	15/12/2025			
Télefono:	5551347				Moneda	COP Colombia, Pesos			
Email:	facturacionelectronica@subredsuroccidente.gov.co				Forma de Pago:	Crédito			
					Medio de Pago:	Transferencia Crédito Bancario			
					Fecha de Pago:	15/12/2025			
					Total de Lineas	1			
					Fecha Firmado	26/01/2026 09:22:59			

#	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

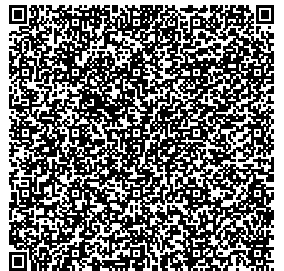
Notas:	No practicar Retención en la Fuente e Ica, pertenezco alRégimen Simple de Tributación
--------	---

Total con letra:	(DIECISEIS MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS)
CUFE:	1c46fbe2a0be33fe143f652d6bf6b1fb73d8d25cae3b28e52edf21ebb21fd1d616598a60a58291e9e8028c980ce43f78

Firma Digital: o0QxNu2XmbQTT0hk27sJDNDbM/awkTEoTIMDIb5Xc59Je5DIBNO9ep8hgzymsuvU
KxQuMqMzE9gh+OssuwZFT/7R.JUT4bFUCXlnR3vT/qpiV8xpdSJ
C/tgUJXGhNRkQ7 yUU0tTVeMm8CqyJl+gpPzZRtnHAIWeLhhuk0lm3viguZ6StkCXPwyki9y3BrGmK cw61y0zVJR48V7qEOtm+b6BOqWouuREnUVP
0YKubcMT8bw0DLfk3pqQpIXik+rYY UpR3KC1b5c69oMi8YXZMxy/aOT4OEek3t8zz/yQNxVRINaEFFONIsdwlMyCKisW 7B3tBKZCC13Ybq8XT1z
8g==

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						
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 UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-12	2025-12	I	14/01/2026	92592748	TOTAL A PAGAR
					\$2.150.000

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	3.100	0	841.400	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	1.073.000	0	0	33.600	33.600	6	4.000	400	1.144.600	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	163.400				163.400	6	600	164.000			1.634	164.000	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	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	841.400
Pensión	1	1.140.200	1.144.600
Riesgos Laborales	1	163.400	164.000
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	2.150.000

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
2025-12	2025-12	I	14/01/2026	92592748	10
					TOTAL A PAGAR
					\$2.150.000

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clase exterior	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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																			25-14	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

Medellín, 27 de enero de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que WALTER FIGUEROA MARTINEZ identificado(a) con C91527528 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C915275282602727733

- 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
☐	Cuenta De Septiembre 2025.pdf	Cuenta De Septiembre 2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	Cuenta De Octubre 2025.pdf	Cuenta De Octubre 2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	Cuenta De Noviembre 2025.pdf	Cuenta De Noviembre 2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	Cuenta de Diciembre 2025.pdf	Cuenta de Diciembre 2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Cancelar

Borrar Cargar nuevo

< Evaluación de la Entidad Estatal >