

					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		232			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1570	FECHA	2026-07-16 14:58:49.000		NÚMERO DE CRP	25397	FECHA	2026-07-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:		ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE		FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL
					2026-07-01			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:					\$16,932,324			
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:						\$101,593,944		
VALOR EJECUTADO						\$101,593,944		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$16,932,324		
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	
92887140	\$6,772,930	\$846,616		\$1,083,669	3	\$164,989	\$2,095,274	
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
FARHI ALONSO DELGADO MEDINA 79958427 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 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	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 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	Historia Clínica
4) Participar en la programación de actividades del área. 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.	4) Participar en la programación de actividades del área. 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	Historia Clínica
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. 9) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	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. 9) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	Historia Clínica
10) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. 11) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. 12) Emitir conceptos médicos que se le requieran.	10) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. 11) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. 12) Emitir conceptos médicos que se le requieran.	Historia Clínica
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. 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.	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. 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.	Historia Clínica
16) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. 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.	16) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. 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.	Actas

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. 21) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	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. 21) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	Historia Clinica
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.	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.	Cuenta De Cobro

FARHI ALONSO DELGADO MEDINA
79958427
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. 18764106306988 válida desde 2026-02-24 hasta 2028-02-24 rango desde FEWF51 hasta FEWF100.

DATOS DEL CLIENTE		FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	
NIT:	900959048-4	No. de Factura	FEWF67
Nombre o Razón Social:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE	Fecha Emisión	27/07/2026 09:42:21
Dirección:	CL 9 39 46, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia, CP 111611	Fecha Vencimiento	15/08/2026
Télefono:	5551347	Moneda	COP Colombia, Pesos
Email:	facturacionelectronica@subredsuroccidente.gov.co	Forma de Pago:	Crédito
		Medio de Pago:	Transferencia Crédito Bancario
		Fecha de Pago:	15/08/2026
		Total de Lineas	1
		Fecha Firmado	27/07/2026 09:42:23

#	Código	Descripción	U. M.	Cantidad	Precio U.	Impuestos		Monto .	Dcto.	Total
						Nom.	% o Val.			
1	85121502	HorasMedicina Interna	WSD	186,00	\$91.034,00				0,00	\$16.932.324,00
Impuesto								Subtotal:		\$16.932.324,00
Base								Cargos:		\$0,00
Tarifa / Valor Nominal								Descuento:		\$0,00
Importe								Total:		\$16.932.324,00

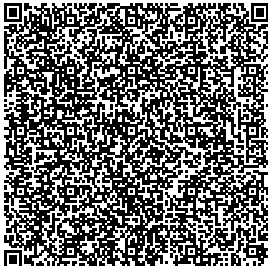
Notas:	No practicar Retención en la Fuente e Ica, pertenezco alRégimen Simple de Tributación
--------	---

Total con letra:	(DIECISEIS MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y DOS MIL TRESCIENTOS VEINTICUATRO PESOS)
CUFE:	4f1b0be801fbcf1d29d0094e770db1004e1e29048a827894d30c1407978393037399d69a8a48f8a4dd1f622ec009a308

Firma Digital: 0YT7yBIRcDdH8h8W6VbsINCD3OLHz4OkDjTE01QAqe2Du8SxC9QFvaT2HNjLNze1
LJBcyKBzBae+bMJfKcluXmhhADlnfmAxv7BHx5LeYMzaB7V6O
8E2qKzP2TZHBTD cy6HjMMe9e5+BghzHcMGU4i4UYAQ9HgTYaT1DxUwquABwOhXNfCEVvkLKlj+daFW hsLjPlXep6Prp0sdlHl4gbA2FzKAulEA6bt
3MVDjpvfXXLXe1/LyilhLWPglGwHM dIJNOrIRFF8i++c8rQuJmShVlbQTRNjiothnSF+KRWoAP+mjRFoPRirUYH7nJuX7L 2pVcynXXjNnWB46ZqUu
aw==

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.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92887140	08/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$0	\$2.097.100	

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	846.700	0		0		0	1	700	0	847.400	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	1.083.700	0	0	0	0	1	800	0	1.084.500	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	165.000				165.000	1	200	165.200			1.650	165.200	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	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	846.700	847.400
Pensión	1	1.083.700	1.084.500
Riesgos Laborales	1	165.000	165.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.095.400	2.097.100

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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92887140	08/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$0	\$2.097.100	

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Extranjero	Colom. exterior	Exonero	INS	RET	TDE	TAF	TAP	UPP	VCT	SEN	ICE	LVA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC 91527528	FIGUEROA MARTINEZ WALTER	59	0			N																25-14	6.772.929	30	1.083.700	0	0	0	0	EP5008	6.772.929	30	846.700	14-11	6.772.929	30	3	165.000		0	0	0	0	0	0	0	0	0