

					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:			OSCAR SAMUEL PEÑA ANGULO					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1023872267
CORREO ELECTRONICO:			oscarp_md@hotmail.com			CELULAR:		3103005207
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			C. EXT MEDICINA FAMILIAR HOSPITAL BOSA			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	BO37A41	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			550457200123612				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		4346			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	248	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	1278	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:								
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2025-12-01			2025-12-31	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$12,348,211				
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:						\$110,412,925		
VALOR EJECUTADO						\$105,996,398		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$12,348,211		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$4,416,527		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						96%		
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		
9496206287	\$5,768,512	\$721,064	\$922,962	3	\$140,521	\$1,784,547		
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Diciembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
MICHAEL DAVID GOMEZ REYES 1012392576 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.	Realizo las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad	historia clinica
2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica de los pacientes	Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica 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	Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica de los pacientes	historia clinica
4) Participar en la programación de actividades del área	Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica de los pacientes	historia clinica
5) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Llevo 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	historia clinica
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	Participo en la programación de actividades del área	historia clinica
7) Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	historia clinica
8) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Notifico 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
9) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	Imparto instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	ordenes medicas
10) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	ordenes medicas
12) Emitir conceptos médicos que se le requieran.	Diligencio el consentimiento informado acorde al procedimiento	consentimiento informado
13) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Practico el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación	historia clinica
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.	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	historia clinica
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.	Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato	historia clinica
16) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocada	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	ACTAS
17) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Participo en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocada	capacitaciones y reuniones designadas por el lider
18) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	historia clinica, certificados de capacitacion
19) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	actividades designadas por el lider
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 las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con	historia clinica

21) Participar en lo todo lo relacionado a la docencia e investigación en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios	Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con	historia clinica
22) Entregar la constancia de CONTRATO NUMERO: 4346-2025 CONTRATANTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. Nit.900.959.048-4 CONTRATISTA: PEÑA ANGULO OSCAR SAMUEL - CEDULA No. 1.023.872.267 OBJETO: Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Asistencial dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional. VALOR TOTAL DEL CONTRATO: VEINTIOCHO MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS M/CTE. (\$ 28.667.838) VALOR HORA: NOVENTA MIL CIENTO TREINTA Y TRES PESOS M/CTE. (\$90.133) FECHA INICIO: Es la establecida en el formulario electrónico ítem 1 información general, una vez se dé inicio a la ejecución del contrato. FECHA TERMINACIÓN: 30 de junio de 2025 SUPERVISOR : LIDER ASISTENCIAL CONDICIONES CONTRACTUALES afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Participo en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios	historia clinica
23 Liderar-Coordinar y agrupar el servicio de Fisiatría en la subred sur occidente	Participo en lo todo lo relacionado a la docencia e investigación en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios	actas de reunion d grupos de investigacion
24) Apoyar con la construcción de Documentos que respalde la prestación del servicio de Fisiatría en la subred Garantizar la integralidad de los servicios a todos los pacientes por el programa de fisiatría de la subred	Lidero-Coordino y agrupar el servicio de Fisiatría en la subred sur occidente	actas de reunion d grupos de investigacion
25) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	actividades designadas por el lider actas con firmas
<p style="text-align: center;">MICHAEL DAVID GOMEZ REYES 1012392576 Supervisor</p>		
<p>Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p> <p>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021</p>		

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
046c9febf167b6cbd4ab582c38face9eef089c5dda5c7cae57b635a101043209f6b73415d556f3cb157713de16375221

Número de Factura: FE-140

Fecha de Emisión: 09/12/2025

Fecha de Vencimiento: 10/12/2025

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado

Medio de Pago: Instrumento no definido

Orden de pedido: SERV MED ESPECIALIZADOS-12/25

Fecha de orden de pedido: 09/12/2025

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: PEÑA ANGULO OSCAR SAMUEL

Nombre Comercial: PEÑA ANGULO OSCAR SAMUEL

Nit del Emisor: 1023872267

Tipo de Contribuyente: Persona Natural

Régimen Fiscal: R-99-PN

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Actividad Económica: 8621

País: Colombia

Departamento: Bogotá

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Dirección: CR 6 A ESTE 38 56 CA 8

Teléfono / Móvil: 3103005207

Correo: oscarp_md@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

Tipo de Documento: NIT

Número Documento: 900959048

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Régimen fiscal: R-99-PN

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia

Departamento: Bogotá

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Dirección: CL 9 39 46

Teléfono / Móvil: 6013849160

Correo: jefecontabilidad@subredsureccidente.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	0125	SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS DIC25	NIU	1,00	\$ 12.348.211,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 12.348.211,00

Notas Finales

Línea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
09/12/2025 07:31:53
Documento validado por la
DIAN:
09/12/2025 07:31:53
XML Generado por: Solución
Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	12348211
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	12348211
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	12348211
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 12348211

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	12.348.211,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	12.348.211,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	12.348.211,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 12.348.211,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764102241076 Rango desde: 139 Rango hasta: 200 Vigencia: 2026-05-28

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
0c0fe67022aab457d3121f4f82678b14bba9dc64a068524c602fcdaf1a596c7fbedf917e0fc76e28d2aa5631ef5abf5e

Número de Factura: FE-141

Fecha de Emisión: 26/01/2026

Fecha de Vencimiento: 26/01/2026

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado

Medio de Pago: Transferencia Débito

Orden de pedido:

Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: PEÑA ANGULO OSCAR SAMUEL

Nombre Comercial: PEÑA ANGULO OSCAR SAMUEL

Nit del Emisor: 1023872267

Tipo de Contribuyente: Persona Natural

Régimen Fiscal: R-99-PN

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Actividad Económica: 8621

País: Colombia

Departamento: Bogotá

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Dirección: CR 6 A ESTE 38 56 CA 8

Teléfono / Móvil: 3103005207

Correo: oscarp_md@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

Tipo de Documento: NIT

Número Documento: 900959048

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Régimen fiscal: R-99-PN

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia

Departamento: Bogotá

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Dirección: CL 9 39 46

Teléfono / Móvil: 6013849160

Correo: jefecontabilidad@subredsureccidente.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	0126	SERVICIOS COMO MEDICO ESPECIALISTA Y REHABILITACION EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE	NIU	138,00	\$ 90.133,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 12.438.354,00

Notas Finales

FACTURA MES ENERO 2026

Línea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
26/01/2026 12:52:50
Documento validado por la
DIAN:
26/01/2026 12:52:51
XML Generado por: Solución
Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA		COP
TASA DE CAMBIO		0
Subtotal		12438354
Descuento detalle		0,00
Recargo detalle		0,00
Total Bruto Factura		12438354
IVA		0,00
INC		0,00
Bolsas		0,00
Otros impuestos		0
Total impuesto (=)		0
Total neto factura (=)		12438354
Descuento Global (-)		0,00
Recargo Global (+)		0,00
Total factura (=)		COP \$ \$ 12438354

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0
RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA		COP
TASA DE CAMBIO		
Subtotal		12.438.354,00
Descuento detalle		0,00
Recargo detalle		0,00
Total Bruto Factura		12.438.354,00
IVA		0,00
INC		0,00
Bolsas		0,00
Otros impuestos		0,00
Total impuesto (=)		0,00
Total neto factura (=)		12.438.354,00
Descuento Global (-)		0,00
Recargo Global (+)		0,00
Total factura (=)		COP \$ \$ 12.438.354,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00
RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764102241076 Rango desde: 139 Rango hasta: 200 Vigencia: 2026-05-28