

					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 FISIATRIA USS HOSPITAL BOSA			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	BO37A40	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		1383			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1079	FECHA	2026-05-11 14:52:58.000		NÚMERO DE CRP	17905	FECHA	2026-05-28 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:								
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL		
			2026-06-01			2026-06-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:					\$16,750,256			
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:					\$133,455,844			
VALOR EJECUTADO					\$82,203,702			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA					\$16,750,256			
VALOR A LIBERAR					\$0			
SALDO POR EJECUTAR					\$51,252,142			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN					62%			
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	
9506100983	\$6,226,726	\$778,341		\$996,276	3	\$151,683	\$1,926,300	
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS 52502360 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
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
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Historia Clinica
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	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 de los procesos de costos y facturación	Historia Clinica
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Historia Clinica
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	HISTORIA CLINICA
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	Diligencio el consentimiento informado acorde al procedimiento	Consentimiento informado
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	historia clinica
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento 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	informe de produccion
Los entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. 16) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, 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.	Los entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. 16) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, 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	eac lsc y demas reuniones a las cuales sea convocado por parte de la subred
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	historia clinica
Apoyar con la construcción de Documentos que respalde la prestación del servicio de Fisiatrua en la subred Garantizar la integralidad de los servicios a todos los pacientes por el programa de fisiatrua de la subred	Apoyo con la construcción de Documentos que respalde la prestación del servicio de Fisiatrua en la subred Garantizar la integralidad de los servicios a todos los pacientes por el programa de fisiatrua de la subred	creacion d eprotocolos, prosedimientos y demas documentacion que sea solicitada
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 que me sean designada spor mi supervisor
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	Participo e investigación en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios	participacion en docencia con los estudiantes que me sean designados

INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS
52502360
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

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
814cc3a8761cf8a6fbcafeb3831b727aaf4e3b91e65b0e9d5b00abd49a9f03867ebba9278f917af364e49496adef131

Número de Factura: FEOP-146

Fecha de Emisión: 25/06/2026

Fecha de Vencimiento: 25/06/2026

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	0127	SERVICIOS COMO MEDICO ESPECIALISTA Y REHABILITACION EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE	NIU	184,00	\$ 91.034,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 16.750.256,00

Notas Finales

FACTURA MES JUNIO 2026

Línea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
25/06/2026 08:54:48
Documento validado por la
DIAN:
25/06/2026 08:54:48
XML Generado por: Solución
Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	16750256
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	16750256
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	16750256
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 16750256

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

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

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

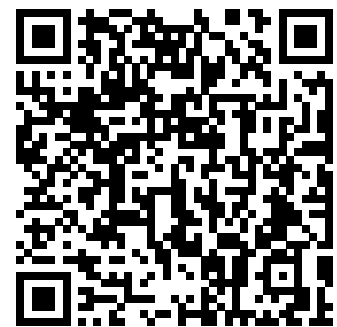
Subtotal	16.750.256,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	16.750.256,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	16.750.256,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 16.750.256,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764111618487 Rango desde: 146 Rango hasta: 200 Vigencia: 2028-06-23



082c7493-b872-415f-b09d-75b395165a70

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud
certifica que:

Oscar Samuel Peña Angulo

ha participado y aprobado el Curso Virtual

Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)

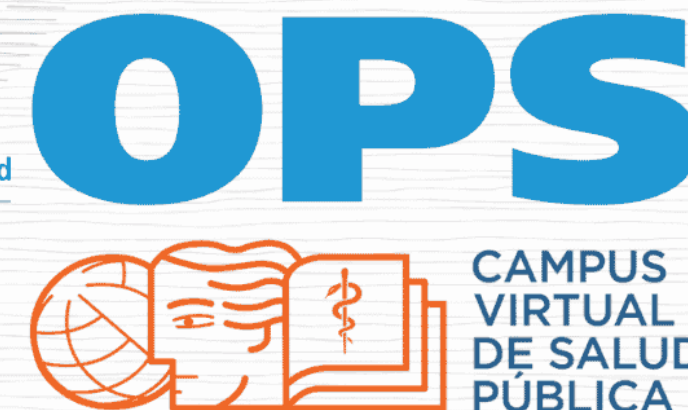
(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 96,67 %

23 de junio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director



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

Esitorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

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?

Sí

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 MARZO.pdf (Archivado)	EJECUCION MARZO.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ EJECUCION FEBRERO.pdf	EJECUCION FEBRERO.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ EJECUCION MARZO .pdf	EJECUCION MARZO .pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ EJECUCION ABRIL.pdf	EJECUCION ABRIL.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ EJECUCION MAYO.pdf	EJECUCION MAYO.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Cancelar

Borrar

Cargar nuevo

Evaluación de la Entidad Estatal

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1023872267		PEÑA ANGULO OSCAR SAMUEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 6 A Este 38 56 casa 8	SOACHA-CUNDINAMARCA	8598512	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-05	2026-05	370828666	9506100983	I	2026/06/17	2026/06/09	BANCO DAVIVIENDA	0	\$1,926,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
1	CC	1023872267	PEÑA ANGULO OSCAR SAMUEL	230301	30	\$6,226,726	\$996,300	EPS005	30	\$6,226,726	\$778,400		0	\$0	\$0	14-23	30	\$6,226,726	\$151,700	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$6,226,726	\$996,300			\$6,226,726	\$778,400			\$0	\$0			\$6,226,726	\$151,700		\$0	\$0	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$996,300	\$0	\$0	\$996,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$996,300	\$0	\$0	\$996,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$151,700	\$0	\$0	\$151,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$151,700	\$0	\$0	\$151,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$778,400	\$0	\$0	\$778,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$778,400	\$0	\$0	\$778,400
TOTAL				1	\$1,926,400	\$0	\$0	\$1,926,400



LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

OSCAR SAMUEL PEÑA ANGULO identificado con CC. 1023872267 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR			
Nombres y/o Razón Social	UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	Tipo y Numero de Documento	NI - 899999063

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/05/08	Tipo de Vinculación	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	Fecha Retiro	No registra
Clase de Riesgo	1	Código Actividad Económica	1854401

Esta certificación se expide a los 25 días del mes de junio del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC25062026N1023872267A19299703**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.:

Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>
Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS