| Secretaría de Salud / Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | | | |
|---|---|---|---|
| **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA** | Versión | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
| | 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 | 1713 | FECHA | 2026-08-13 15:53:21.000 | NÚMERO DE CRP | 29569 | FECHA | 2026-08-31 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2026-08-01 | | 2026-08-31 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $14,747,508 | | | | | | |
| 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 | $114,338,704 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $14,747,508 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $19,117,140 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 86% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9509517290 | $6,954,998 | $869,375 | $1,112,800 | 3 | $169,424 | $2,151,598 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto de 2026. 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

Copia Certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| 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 clinica de los pacientes | Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica de los pacientes | Historia Clinica |
| Levar registro de la atenció de los procedimientos, actividades e intervenciones, asi 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 atenció de los procedimientos, actividades e intervenciones, asi 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 Garantia de la Calidad según requerimientos de la Subred. | Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantia 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 |
| tos 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 convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | os 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 convoca 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 Fisiatra en la subred Garantizar la integralidad de los servicios a todos los pacientes por el programa de fisiatria de la subred | Apoyo con la construcción de Documentos que respalde la prestación del servicio de Fisiatra en la subred Garantizar la integralidad de los servicios a todos los pacientes por el programa de fisiatria 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 |
| articipar en lo todo lo relacionado a la docencia e investigació en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios | Participo e investigació 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 seam designados |

Copia Controlada
Subred Sur Occidente

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

Copia Certificada
Subred Suroccidente

# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

## Representación Gráfica

### Datos del Documento

**Código Único de Factura - CUFE :**
2db22a85bc6831e160f3a2b5654e522af173c6e508cedbcb682d2464df5efc73b8b3e45f91b6323fa46b4e0bf855d117

**Número de Factura:** FEOP-148
**Fecha de Emisión:** 25/08/2026
**Fecha de Vencimiento:** 25/08/2026
**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@subredsuroccidente.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 MEDIC O ESPECIALISTA Y REHAB ILITACION EN LA DIRECC ION DE SERVICIOS AMBU LATORIOS DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE | NIU | 162,00 | $ 91.034,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | | | | | $ 14.747.508,00 |

### Notas Finales

FACTURA MES AGOSTO 2026
Linea de negocio:

## Datos Totales

**Documento generado el:**
25/08/2026 10:18:12
**Documento validado por la DIAN:**
25/08/2026 10:18:13
**XML Generado por: Solución Gratuita DIAN**
800197268
**PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN**
**Nit:800197268**

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | 0 |

| | |
|---|---|
| **Subtotal** | 14747508 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | 14747508 |
| IVA | 0,00 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0 |
| **Total impuesto (=)** | 0 |
| **Total neto factura (=)** | 14747508 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| **Total factura (=) COP $** | $ 14747508 |

**Valores informativos**

| **ANTICIPOS** | |
|---|---|
| Anticipos | 0 |

| **RETENCIONES** | |
|---|---|
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | |

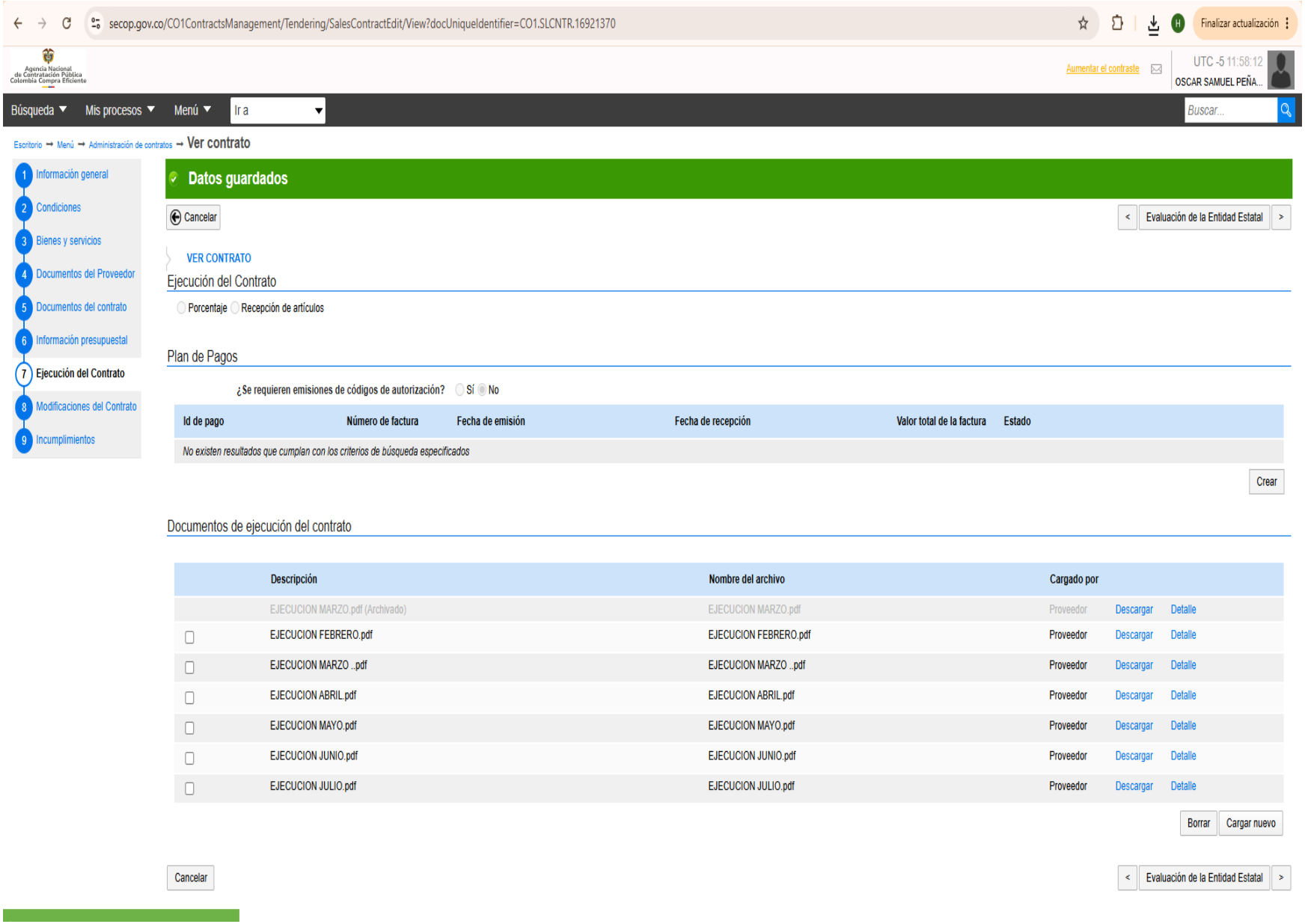
| | |
|---|---|
| **Subtotal** | 14.747.508,00 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | 14.747.508,00 |
| IVA | 0,00 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0,00 |
| **Total impuesto (=)** | 0,00 |
| **Total neto factura (=)** | 14.747.508,00 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| **Total factura (=) COP $** | $ 14.747.508,00 |

**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


secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.16921370
Finalizar actualización
Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 11:58:12
OSCAR SAMUEL PEÑA...
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?
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
EJECUCION MARZO ..pdf
EJECUCION MARZO ..pdf
EJECUCION ABRIL.pdf
EJECUCION ABRIL.pdf
EJECUCION MAYO.pdf
EJECUCION MAYO.pdf
EJECUCION JUNIO.pdf
EJECUCION JUNIO.pdf
EJECUCION JULIO.pdf
EJECUCION JULIO.pdf
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >

aportes en línea

# Resumen General de Pago

**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 | Dias Mora | Valor |
| 2026-07 | 2026-07 | 572763567 | 9509517290 | I | 2026/08/19 | 2026/08/18 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $2,151,700 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| 1 | CC | 1023872267 | PEÑA ANGULO OSCAR SAMUEL | 230301 | 30 | $6,954,998 | $1,112,800 | EPS005 | 30 | $6,954,998 | $869,400 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $6,954,998 | $169,500 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | **$6,954,998** | **$1,112,800** | | | **$6,954,998** | **$869,400** | | | **$0** | **$0** | | | **$6,954,998** | **$169,500** | | **$0** | **$0** |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $1,112,800 | $0 | $0 | $1,112,800 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $1,112,800 | $0 | $0 | $1,112,800 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $169,500 | $0 | $0 | $169,500 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $169,500 | $0 | $0 | $169,500 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $869,400 | $0 | $0 | $869,400 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $869,400 | $0 | $0 | $869,400 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$2,151,700** | **$0** | **$0** | **$2,151,700** |