FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
16b94f0d8dcda97313837d65187c7ca05f659a0c9055200495183c49bd5abd8764e1f914dbe06bc0c83f0b6250aff935

Número de Factura: FEOP-149
Fecha de Emisión: 25/09/2026
Fecha de Vencimiento: 25/09/2026
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

								IMPUESTOS				Precio unitario de venta
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	
1	0127	SERVICIOS COMO MEDICO ESPECIALISTA Y REHABILITACION EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE	NIU	198,00	$ 91.034,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 18.024.732,00

Notas Finales

FACTURA MES SEPTIEMBRE 2026
Linea de negocio:

Datos Totales

Documento generado el:
25/09/2026 14:10:30
Documento validado por la DIAN:
25/09/2026 14:10:30
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	18024732
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	18024732
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	18024732
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 18024732

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

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

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

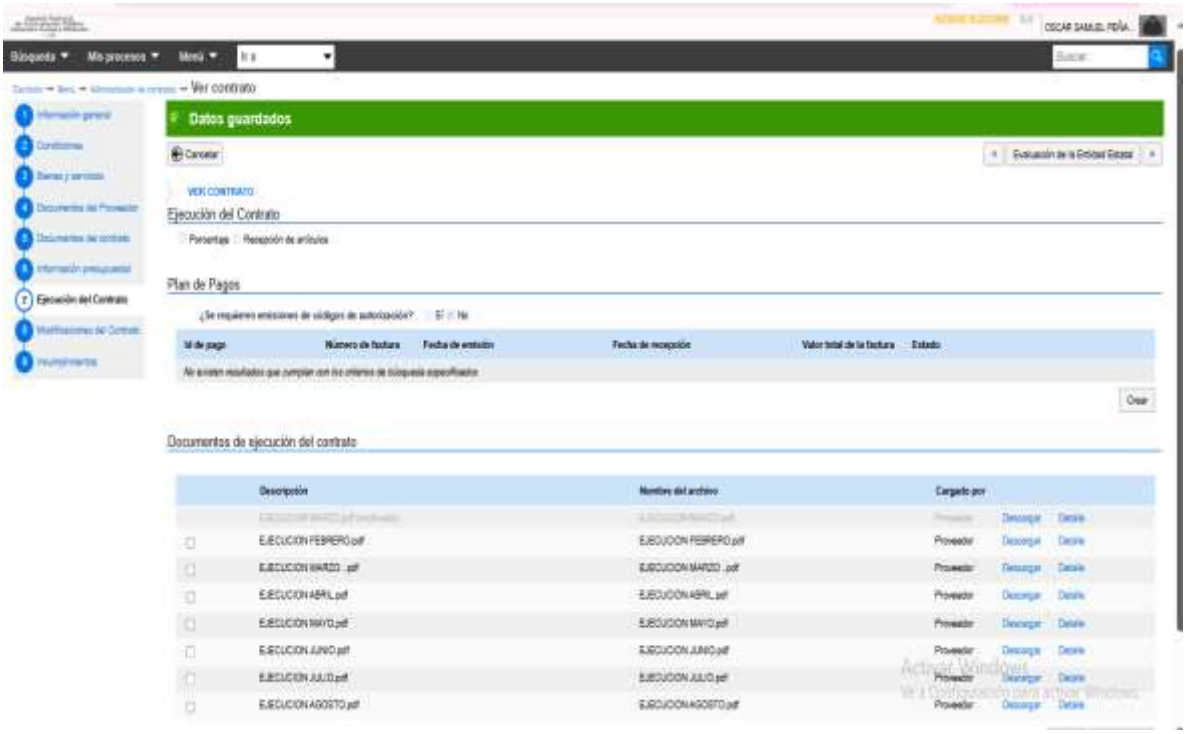
Subtotal	18.024.732,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	18.024.732,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	18.024.732,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 18.024.732,00

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


Búsqueda
Mis procesos
Menú
OSCAR SAMUEL PEÑA
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?
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.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
EJECUCION AGOSTO.pdf
EJECUCION AGOSTO.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

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	1945	FECHA	2026-09-14 16:15:20.000	NÚMERO DE CRP	36381	FECHA	2026-09-30 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:							
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2026-09-01		2026-09-30			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$18,024,732						
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:	$164,589,472
VALOR EJECUTADO	$132,363,436
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$18,024,732
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$32,226,036
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	80%

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
9511073228	$5,899,003	$737,375	$943,841	3	$143,700	$1,824,916

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre 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	nforme 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

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
2026-08	2026-08	649945045	9511073228	I	2026/09/15	2026/09/14	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,825,000

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	$5,899,003	$943,900	EPS005	30	$5,899,003	$737,400		0	$0	$0	14-23	30	$5,899,003	$143,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$5,899,003**	**$943,900**			**$5,899,003**	**$737,400**			**$0**	**$0**			**$5,899,003**	**$143,700**		**$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	$943,900	$0	$0	$943,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$943,900	$0	$0	$943,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$143,700	$0	$0	$143,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$143,700	$0	$0	$143,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$737,400	$0	$0	$737,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$737,400	$0	$0	$737,400
TOTAL				**1**	**$1,825,000**	**$0**	**$0**	**$1,825,000**