

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

Versión	3
Fecha de aprobación	2/15/2018
Código:	04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		JUAN CARLOS NIÑO GOMEZ					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	1149454471		
CORREO ELECTRONICO:	juancarlosninogomez902@gmail.com			CELULAR:	3247751671		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		U C S Convenio 462-2025 Localidad Fontibon		SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	SU42V01-3	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO COLPATRIA			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		4762048500			PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO		3304		VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	690	FECHA	2026-02-25 15:18:16.000	NÚMERO DE CRP	14362	FECHA	2026-03-09 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	GESTOR COMUNITARIO						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL		
		2026-04-01			2026-04-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$2,288,730			
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 repercute 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:	\$6,789,899
VALOR EJECUTADO	\$4,272,296
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$2,288,730
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$2,517,603
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	63%

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
1080260790	\$908,526	\$113,566	\$145,364	3	\$22,132	\$281,062

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
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
Apoyo en gestión documental	APOYO EN REALIZACION EN RECORRIDO DE GESTION HUMANITARIA	ACTA CON REGISTRO FOTOGRAFICO
Gestionar y apoyar en trámites de solicitudes necesarias para el cumplimiento de los requerimientos de cada uno de los componentes	APOYO EN LOGISTICA EN RENTREGA DE INSUMOS	REGISATROS FOTOGRAFICOS
Acompañamiento logístico administrativo en las actividades que se requieran	REALIZAR RECORRIDOS EN LAS LOCALIDADES DE FONTIBON CON EL FIN DE CAPTAR PABLACION CON DISCAPACIDAD Y O SUS CUIDADOORES, SOCIALIZAR EL COMPONENTE 1 DEL CONVENIO 462-2025	DILIGENCIAMIENTO DE CATAS CON RESPECTIVO REGISTRO FOTOGRAFICO
Apoyo en los procesos de inscripción, socialización de los componentes	REALIZAR RECORRIDOS EN LAS LOCALIDADES DE FONTIBON CON EL FIN DE CAPTAR PABLACION CON DISCAPACIDAD Y O SUS CUIDADOORES, SOCIALIZAR EL COMPONENTE 1 DEL CONVENIO 462-2025	DILIGENCIAMIENTO DE CATAS CON RESPECTIVO REGISTRO FOTOGRAFICO
Apoyo en la búsqueda actividad de posibles beneficiarios	REGISTRAR EN BASE DE DATOS PERONAS CON DISCAPACIDAD, CAPATAR Y REGISTRAR EN LINK POBLACION PARA PREVENCION DE FACTORES DE RIESGOS FRENTE AL CONSUMO DE SPA	LINK, ACTAS
Registro y Sistematización de proceso de inscripciones de los componentes	ORGANIZACION DE ARCHIVO EN OFICINA PRINCIPAL	ARCHIVOS
Apoyo a las actividades de la coordinación del contrato	REALIZAR RECORRIDOS EN LAS LOCALIDADES DE FONTIBON CON EL FIN DE CAPTAR PABLACION CON DISCAPACIDAD Y O SUS CUIDADOORES, SOCIALIZAR EL COMPONENTE 1 DEL CONVENIO 462-2025	DILIGENCIAMIENTO DE CATAS CON RESPECTIVO REGISTRO FOTOGRAFICO
. Identificar, convocar y acompañar a la comunidad objetivo para la participación activa en las actividades de los componentes del convenio o contrato.	REALIZAR ACERCAMIENTOS, CON EL FIN QUE SE INSCRIBAN POSTERIORMENTE Y PARTICIPEN EN LOS DIFERENTYES COMPONENTES	ACTAS CON REGISTROS FOTOGRAFICOS
Apoyar la planeación y logística de encuentros, jornadas y espacios comunitarios, garantizando la inclusión de diferentes grupos poblacionales priorizados.	REALIZAR ENLACE ENTRE LA COMUNIDAD Y LOS PROFECIONALES QUE EJECUTAN LOS DIFERENTES COMPONENTES	GESTIONAR VISITAS CON LIDERES DENTRO DE LA COMUNIDAD, SER ENLACE CON LOS PROFECIONALES QUE LIDERAN LOS COMPONENTES
Servir de enlace entre la comunidad, la entidad contratante y los profesionales de apoyo técnico.	RELIAZAR ARTICULACION CON GESTORES COMUNITARIOS TERRITORIALES PARA EL DESARROLLO DE LOS DIFERENTES COMPONENTES DEL CONVENIO	ACTAS CON REGISTRO FOTOGRAFICO
fortaleciendo redes de apoyo y articulación interinstitucional.	NO APLICA PARA EL MES YA QUE SE ESTA EN LA ETAPA DE RECORRIDO Y SOCIALIZACION	NO APLICA PARA EL MES YA QUE SE ESTA EN LA ETAPA DE RECORRIDO Y SOCIALIZACION
Realizar seguimiento y verificación de la asistencia y participación comunitaria, manteniendo registros actualizados, listados y evidencias requeridas.	DESARROLLAR LA ACCIONES QUE SE ME SEAN ASIGNADAS ACORDE AL PERFIL	ACTAS
. Las demás que se requieran de acuerdo con capacidades de su perfil y que aporten a la adecuada ejecución del Convenio.	DILIGENCIAR EL CRONOGRAMA DRIVE QUE ME SEA ASIGNADO	DILIGENCIAR EL CRONOGRAMA DRIVE QUE ME SEA ASIGNADO
	DILIGENCIAR EL CRONOGRAMA DRIVE QUE ME SEA ASIGNADO	DILIGENCIAR EL CRONOGRAMA DRIVE QUE ME SEA ASIGNADO

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JUAN CARLOS NIÑO GOMEZ
CC. 1149454471 DE CUCUTA

La suma de: DOS MILLONES DOCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS TREITA PESOS M/CTE. (\$2,288,730), por concepto de: "Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Gestión del Riesgo en salud 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 y en el marco del convenio s 461-2025 y 462-2025. Durante el periodo de 01 al 30 de ABRIL de 2026 de conformidad a lo establecido en el contrato de prestación de servicios 3304-2026.



JUAN CARLOS NIÑO GOMEZ
CC.1149454471 DE CUCUTA
CUENTA DE AHORRO SCOLPATRIA
4762048500

- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

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
MARZO 2026.pdf (Archivado)	MARZO 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> MARZO 2026..pdf	MARZO 2026..pdf	Proveedor Descargar Detalle
ABRIL 2026,...pdf (Archivado)	ABRIL 2026,...pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> Certificado_3304-2026_Abril2026.pdf	Certificado_3304-2026_Abril2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-05-12, 09:46:30 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1081225288

Periodo Cotización: abril de 2026

Periodo Servicio: abril de 2026

Referencia pago (PIN): 8823972479

PAGADO 12/05/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JUAN CARLOS NIÑO GOMEZ		
Documento	CC1149454471	Dirección	CL 55 SUR #104 - 49 APT 604 TR 3
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	324775167
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total										
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	SIN	IGL	UMC	AVP	ICP	IRP	Días FER	Días EPS	Días ANC	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total		
CC 1149454471	JUAN CARLOS NIÑO GOMEZ	59	00																0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$ 1.750.905	\$ 280.200	(EPS34) RECAUDO SGP CAPITAL SALUD	\$ 1.750.905	\$ 218.900	2.436	\$ 1.750.905	\$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541.800

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 280.200	\$ 218.900	\$ 42.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541.800	\$ 0	\$ 541.800



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-06-09, 12:39:58 PM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1082002231

Periodo Cotización: mayo de 2026

Periodo Servicio: mayo de 2026

Referencia pago (PIN): 8823972479

PAGADO 09/06/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JUAN CARLOS NIÑO GOMEZ		
Documento	CC1149454471	Dirección	CL 55 SUR #104 - 49 APT 604 TR 3
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	324775167
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total									
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	SIN	IGL	UMC	AVP	ICP	IRP	Días FER	Días EPS	Días ARL	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 1149454471	JUAN CARLOS NIÑO GOMEZ	59	00																0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$ 1.750.905	\$ 280.200	(EPSC34) RECAUDO SGP CAPITAL SALUD	\$ 1.750.905	\$ 218.900	2.436	\$ 1.750.905	\$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 280.200	\$ 218.900	\$ 42.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541.800	\$ 0	\$ 541.800