

**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:	Andrés Ocampo Gómez					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	80114294	
CORREO ELECTRONICO:	refelinocan@gmail.com			CELULAR:	3507255050	
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 CAJA SOCIAL S.A.		TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24110475514			PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	3305			VIGENCIA	2026		
NÚMERO DE CDP	1254	FECHA	2026-05-26 16:05:26.000	NÚMERO DE CRP	21642	FECHA	2026-05-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL EN ARTES						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL		
		2026-05-01			2026-05-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$4,283,775			
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:	\$12,708,533
VALOR EJECUTADO	\$12,280,155
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$4,283,775
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$428,378
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	97%

**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
82628418	\$1,713,510	\$214,189	\$274,162	3	\$41,741	\$530,091

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo 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
1. Apoyar desde su perfil la implementación de los convenios y/o contratos 655-2024 / 764-2024 / 631-2024 / 725-2024 / 728-2024 suscritos con los Fondos de Desarrollo de las localidades:, Puente Aranda, Antonio Nariño y Fontibón	1 . Elaboración de Fichas técnicas y ensayos sketch para el componente III salud sexual y reproductiva apertura, enterate, decidete y actua.	Fichas técnicas
2. Apoyar los procesos de gestión y administrativo para dar cumplimiento a los planes de trabajo y compromisos derivados de convenios o contratos suscritos con los Fondos de Desarrollo de las localidades de Antonio Nariño y Fontibón, en los diferentes componentes.	Se lleva a cabo actas, registro fotográficos de talleres artísticos para dispositivos de base comunitaria.	Actas y registros fotográficos
3. Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los Lineamientos con veracidad, calidad, oportunidad y transparencia, dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción.	Se lleva a cabo actividades programadas para la localidad de Fontibon, talleres de artes y gestión de población.	Fichas técnicas, actas y registros fotográficos
4. Cumplir con los productos y actividades establecidas en lineamientos, fichas técnicas y anexos derivadas de los convenios y los contratos suscritos con las Fondas de desarrollo local y el Fondo Financiero Distrital	Se realizan fichas técnicas y actas de las actividades desarrolladas para la localidad de Fontibon	Fichas técnicas, Actas, registro fotográfico, listados de asistencia
5. Desarrollar y participar en los procesos de fortalecimiento técnico convocados por la Subred Sur Occidente y otras instituciones	Se participa en capacitación virtual Asegúrate	Listado de asistencia
6. Asistir a las reuniones que convoque la SDS, la Subred Sur Occidente y/o los Fondos de Desarrollo Local relacionadas con el tema objeto del Convenio.	No se programó durante el mes	No aplica
7. Presentar a quien ejerce la vigilancia, orientación y control de la ejecución del convenio interadministrativo cronograma de trabajo. Informes de avances respecto a la evolución. productos establecidos e informes finales.	Se presenta a la Facilitadora Patricia Escobar actas, registro fotográficos y listados de asistencias de actividades de la localidad Fontibon.	Actas, listados de asistencia y registros fotográficos
8. Notificar todos los eventos de interés en salud pública.	Se publica en redes actividades de salud publica de la Subred Sur occidente	Difusión actividades de salud pública en redes.
9. informar a los individuos, familias y colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	Se realiza difusión de actividades y jornadas en salud publica de la Subred Sur occidente	Se realiza difusión de actividades y jornadas en salud publica de la Subred Sur occidente
10. Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social, con el fin de fortalecer la gestión	Durante este mes no hubo acompañamiento de veedores en actividades	No aplica
11. Realizar entrega de soportes, productos, documentos de manera periódica conforme a los acuerdos establecidos con el facilitador y velar por la custodia de los mismos.	Durante este mes se entregan fichas técnicas, actas de cumplimiento de actividades realizadas para la localidad de Fontibon.	Actas y listados de asistencia
12. Realizar ajustes en informes, productos, fichas técnicas, planes de trabajo etc de manera oportuna cuando se requiera.	Se entregan de manera oportuna Actas, fichas y listados de asistencia.	Actas, registros fotográficos y listados de asistencia
13. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	Se entrega de manera oportuna y con calidad actas y registros fotográficos	Actas, fichas técnicas, listados de asistencia.
14. Al finalizar el convenio o contrato entregar soportes y productos conforme a los procesos establecidos desde gestión documental	No aplica	No aplica
15. Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente como de la SDS.	No aplica	No aplica
16. Y las demás que por la naturaleza del convenio interadministrativo deben ejecutarse en cumplimiento de las obligaciones del misma.	No aplica	No aplica

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

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

**DEBE A:**

**ANDRÉS OCAMPO GÓMEZ**  
**CC.80114294 DE BOGOTÁ D.C**

La suma de: Cuatro millones doscientos ochenta y tres mil setecientos setenta y cinco pesos m/cte (\$4.283.775), por concepto de: "Prestar servicios profesionales 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 de los convenios interadministrativos 461-2025 y 462- 2025. Durante el periodo de 01 de mayo al 31 de mayo de 2026 de conformidad a lo establecido en el contrato de prestación de servicios N.3305-2026



**ANDRES OCAMPO GOMEZ**  
**CC.80114294 DE BOGOTÁ**  
**CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL**  
**No 24110475514**



Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

[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

#### VER CONTRATO

#### Ejecución del Contrato

Porcentaje  Recepción de artículos

#### Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?  Si  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

#### Documentos de ejecución del contrato

### Datos guardados

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/>	EQUIVALENTE-80114294-20260326022146-EQ marzo 2026-80114294-20260325022027-ANDRES OCAMPO_removed.pdf	EQUIVALENTE-80114294-20260326022146-EQ marzo 2026-80114294-20260325022027-ANDRES OCAMPO_removed.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
	Abril Secop.pdf (Archivado)	Abril Secop.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	Abril Secop ok.pdf	Abril Secop ok.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80114294	ANDRES OCAMPO GOMEZ		CR 7 # 1f-06	3333667	refelinocan@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		82628418	19/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$541.800	

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS												
Código CCF	Nombre						NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>541.800</b>	<b>541.800</b>



DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80114294	ANDRES OCAMPO GOMEZ		CR 7 # 1f-06	3333667	refelinocan@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		91067976	16/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$541.800	

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS												
Código CCF	Nombre						NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>541.800</b>	<b>541.800</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80114294	ANDRES OCAMPO GOMEZ		CR 7 # 1f-06	3333667	refelinocan@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		91067976	16/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$541.800	

## DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Salud	Extranjero	Calom. exarator	Exonerado	ING	RET	TDE	TPE	TTP	UP	UPP	SEN	IGE	LMA	VAC	APP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN					
1	CC 80114294	OCAMPO GOMEZ ANDRES		59	0			N																25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA