| 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: | YAJAIRA ALVAREZ ROMAÑA | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1003969707 | |
| CORREO ELECTRONICO: | YAJAIRAPALACIOS22AR@GMAIL.COM | | | | CELULAR: | 3209672196 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | S ORAL ODONTOLOGÍA GENERAL USS TINTAL | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | KE13E01 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DE BOGOTA | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 132301532 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 1457 | | | VIGENCIA | 2026 | | |
| NÚMERO DE CDP | 292 | FECHA | 2026-01-19 06:16:59.000 | NÚMERO DE CRP | 12056 | FECHA | 2026-02-01 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2026-02-01 | | 2026-02-28 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $2,311,050 | | | | |
| 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: | $9,244,200 |
| VALOR EJECUTADO | $2,311,050 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,311,050 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $6,933,150 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 25% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 44492901 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los veintiocho(28) días del mes de Febrero de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
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 |
|---|---|---|
| 1. Apoyar al profesional del servicio de Odontologia en las actividades del área | apoyo al profesional de odontologia en las actividades del area | apoye al profesional de odontologia en las actividades del area |
| 2. Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas. | se apoya a los pacientes en sus necesidades básicas. | Apoyo a los pacientes en sus necesidades básicas. |
| 3. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad | Diligenciamiento de forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad | se diligencia en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad |
| 4. Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia. | se realiza a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante segun competencia | se realizo a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia |
| 5. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred | respaldar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred | respaldo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred |
| 6. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento. | realizar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento. | realizo informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento. |
| 7. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato | respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato | se responde por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato |
| 8. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado | cooperar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado | coopero en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado |
| 9. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio | informar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio | se notifica las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio |
| 10. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos | saber y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos | conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred, ademas de apoyar la immplementacion de los mismos |
| 11. Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos institucionales. | dar apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos institucionales. | se sapoya a la Subred en las actividades que demande según requerimientos institucionales. |
| 12. Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred | cumplir con el resgistro de las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred | se regisatran las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred |
| 13. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | faciliatar la entrega de constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | se facilita la entrega de constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente |
| 14. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato | cumplir con las demas actividades que nos sean asignadas de acorde a lo establecido en el contrato | dar cumplimiento a las demas actividades que nos sean asignadas de acorde a lo establecido en el contrato |
| 15. En caso de presentarse un caso fortuito o fuerza mayor que impida asistir a la consulta, informar al supervisor del contrato. | En caso de presentarse un caso fortuito o fuerza mayor que impida asistir a la consulta, comunicar al supervisor del contrato. | En caso de presentarse un caso fortuito o fuerza mayor que impida asistir a la consulta, se comunica al supervisor del contrato. |
| 16. Participar activamente en las capacitaciones a las que sea asignado. | participo activamente en las capacitaciones a las que sea asignado. | se participa activamente en las capacitaciones a las que sea asignado. |

Copia Controlada
Subred Suroccidente

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
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

**Administradora de los Recursos del Sistema**
**General de Seguridad Social en Salud**
**ADRES**

| Tipo Identificación | Numero Identificación | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Ultimo Periodo Compensado | EPS/EOC | Tipo Afiliación |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1003969707 | ALVAREZ | ROMAÑA | YAJAIRA | | 2026-02 | Capital Salud | COTIZANTE |

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| Capital Salud | 02/2026 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Capital Salud | 01/2026 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Capital Salud | 12/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Capital Salud | 11/2025 | 13 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Capital Salud | 10/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Capital Salud | 09/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Capital Salud | 08/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |

Información Importante:

El campo “Observación *” denota la siguiente situación:

**Pago con cotización:** Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Pago Normal, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

**Estado Emergencia:** Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Estado Emergencia, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Por lo anterior no tienen cotizaciones en salud.

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**YAJAIRA ALVAREZ ROMAÑA**
**C.C 1.003.969.707 DE BOGOTA D.C**

**La suma** de $2.311.050 (DOS MILLONES TRESCIENTOS ONCE MIL CINCUENTA)**, por** concepto de: prestación de servicios como **AUXILIAR DE ODONTOLOGIA** en el área de servicios ambulatorios en la SEDE CENTRO DE SALUD TINTAL de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E como, durante el periodo del 1 al 28 de febrero de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 1457-2026**

Yajaira A.

**YAJAIRA ALVAREZ ROMAÑA**
**C.C 1.003.969.707 DE BOGOTA D.C**

**CTA DE AHORROS BANCODEBOGOTA**

**NUMERO 132301532**

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1003969707 | YAJAIRA ALVAREZ ROMAÑA | Tv88a #72sur 28 | 0000000 | yajairapalacios22ar@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 44492901 | 10/02/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-01 | 2026-01 | I | $0 | $544.300 | |

## 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 | | | | | |
| EPSC34 | Recaudo SGP Capital Salud | 900298372-9 | 218.900 | 0 | | 0 | | 0 | 7 | 1.000 | 0 | 219.900 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 1.300 | 0 | 281.500 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 42.700 | | | | 42.700 | 7 | 200 | 42.900 | | | 427 | 42.900 | 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 |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 7 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 7 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 218.900 | 219.900 |
| Pensión | 1 | 280.200 | 281.500 |
| Riesgos Laborales | 1 | 42.700 | 42.900 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 541.800 | 544.300 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1003969707 | YAJAIRA ALVAREZ ROMAÑA | Tv88a #72sur 28 | 0000000 | yajairapalacios22ar@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 44492901 | 10/02/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-01 | 2026-01 | I | $0 | $544.300 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | RIESGOS LABORALES | | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | 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 1003969707 | ALVAREZ ROMAÑA YAJAIRA | 57 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.750.905 | 30 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPSC34 | 1.750.905 | 30 | 218.900 | 14-11 | 1.750.905 | 30 | 3 | 42.700 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información