



CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E
INFORME DE ACTIVIDADES

FECHA DE PRESENTACIÓN: 4 de Mayo de 2026 NÚMERO INFORME: 3 PERÍODO: 1 DE ABRIL AL 30 DE ABRIL DE 2026		
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO		
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	
No. CONTRATO Y FECHA SUSCRIPCIÓN	CPS-798-2026 del 29 de Enero de 2026	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	DORA RUTH CORTES ROJAS	
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN (CEDENTE CUANDO APLIQUE)	C.C. 51923924 CHÍA	
NOMBRE DEL CONTRATISTA (CESIONARIO CUANDO APLIQUE)	N/A	
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	N/A	
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN	180 DÍAS CALENDARIO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	33.000.000 TREINTA Y TRES MILLONES PESOS M/CTE	
NUMERO DE REGISTRO PRESUPUESTAL	2381	
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	5.500.000 CINCO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE	
FECHA ACTA DE INICIO	5 de Febrero de 2026	
PRÓRROGA	N/A	
ADICIÓN	N/A	
SUSPENSIÓN	N/A	
REINICIO	N/A	
CESIÓN (CUANDO APLIQUE)	N/A	
DISMINUCIÓN DE PLAZO (CUANDO APLIQUE)	N/A	
REDUCCIÓN DE VALOR (CUANDO APLIQUE)	N/A	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	33.000.000 TREINTA Y TRES MILLONES PESOS M/CTE	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO	180 DÍAS CALENDARIO	
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS, SUSPENSIONES O DISMINUCIÓN DE PLAZO)	4 de Agosto de 2026	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA ORGANIZACIÓN, CONSOLIDACIÓN Y DEPURACIÓN DE INFORMACIÓN CONDUCENTES A LA EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN Y EL COMPONENTE TÉCNICO DE LOS PROCESOS PRECONTRACTUALES, CONTRACTUALES Y POSCONTRACTUALES RELACIONADAS CON SALUD PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE DESARROLLO LOCAL DE KENNEDY	
APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL		
EPS	ARL	PENSION
COMPENSAR E.P.S.	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS	COLPENSIONES
NÚMERO DE PLANILLA	PERIODO COTIZADO	
77431252	abril	



CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E INFORME DE ACTIVIDADES

DESARROLLO DEL INFORME

OBLIGACIÓN 1

Realizar actividades administrativas y operativas para la formulación integral, ejecución y seguimiento de los proyectos de inversión de acuerdo con la temática de su competencia (Fichas técnicas, DTS, Ficha EBI, entre otros) relacionado con proyectos de Salud, de acuerdo con los procedimientos y lineamientos establecidos y la normatividad vigente.

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Desde el 1 al 30 de abril Se realizaron las siguientes actividades: 1. Cotizaciones CPS-814-2025	1.1. 20260411_SocializacionCotizacionesInsumos SPA CPS_814 Link: https://outlook.cloud.microsoft/host/377c982d-9686-450e-9a7c-22aeaf1bc162/7211f19f-262a-42eb-a02e-289956491741

OBLIGACIÓN 2

Realizar la búsqueda, consolidación, organización y presentación de la información técnica requerida para la construcción, ejecución y seguimiento de los procesos de contratación en las etapas precontractual, contractual y pos contractual para la ejecución de los proyectos de inversión, contractual y poscontractual efectuando la articulación con contratación (estudios previos, estudios del sector y mercado, determinación de riesgos, ficha técnica, respuesta de observaciones, evaluación de procesos, entre otros),siguiendo los procedimientos, lineamientos establecidos y la normatividad vigente.

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Desde el 1 al 30 de abril Se realizaron las siguientes actividades: 2. Seguimiento a metas	2.1. 20260409_Acta Reunión de equipo 2.2. 20260417_Reunion de equipo Link : https://outlook.cloud.microsoft/host/377c982d-9686-450e-9a7c-22aeaf1bc162/7211f19f-262a-42eb-a02e-289956491741

OBLIGACIÓN 3

Acompañar los procesos de participación ciudadana, presupuestos participativos en sus diferentes componentes, articulación con participación y las instancias de participación en lo que componente a inversión local, de acuerdo con los lineamientos establecidos.

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Desde el 1 al 30 de abril Se realizaron las siguientes actividades: 3.Capacitaciones	3.1. 20260408_PAP 3.2. 20260420_CAPACITACIÓN POLÍTICA AMBIENTAL Link: https://outlook.cloud.microsoft/host/377c982d-9686-450e-9a7c-22aeaf1bc162/7211f19f-262a-42eb-a02e-289956491741

OBLIGACIÓN 4

Realizar la identificación y organización de Información de acuerdo con la temática asignada para los procesos de rendición de cuentas ante los diferentes entes de control de acuerdo con los requerimientos y lineamientos establecidos.

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Desde el 1 al 30 de abril Se realizaron las siguientes actividades:	4.1.20260409_ActaReportePPEmpalme



CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E INFORME DE ACTIVIDADES

4.recibio empalme de políticas publicas y asistí a rendición de cuentas	4.2. 20260425_REUNION RENDICION DE CUENTAS 4.3. 20260410_SEGUIMIENTO REPORTE 1° TRIMESTRE PP (LGBTI, PEATON, DISCAPACIDAD) Link: https://outlook.cloud.microsoft/host/377c982d-9686-450e-9a7c-22aeaf1bc162/7211f19f-262a-42eb-a02e-289956491741
OBLIGACIÓN 5	
Organizar y/o asistir a las reuniones, capacitaciones y eventos que se desarrollen en relación con el objeto del contrato, de acuerdo con los lineamientos y protocolos establecidos, así como asistir y efectuar las presentaciones que sean requeridas ante la junta Administradora Local JAL, cuando le sea asignado o requerido; siguiendo los lineamientos establecidos, dejando registro de la asistencia y/o participación ya sea presencial y/o virtual	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Desde el 1 al 30 de abril Se realizaron las siguientes actividades: 5.seguimiento a meta CPS-814-2026	5.1. 20260407_CIBILK INTINERANTE PATIO BONITO BELLAVISTA. 5.2. 20260417_Laboratorio pasos que cuidan Link: https://outlook.cloud.microsoft/host/377c982d-9686-450e-9a7c-22aeaf1bc162/7211f19f-262a-42eb-a02e-289956491741
OBLIGACIÓN 6	
Brindar respuestas a comunicaciones, requerimientos, solicitudes, derechos de petición que le sean asignadas, provenientes de entes de control, rama judicial, entidades publicas y/o privadas, comunidad en general dentro de los plazos, términos y condiciones establecidos por la misma, así como efectuar el tramite de cierre en los sistemas de informacion ORFEO y otros establecidos para ello, siguiendo los procedimientos y normatividad vigente.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Desde el 1 al 30 de abril Se realizaron las siguientes actividades: 6. Se proyectaron respuestas a orfeos	6.1.20260424_PROYECCION ORFEOS 6.2.20260427_RESPUESTA ORFEO 20265820279151 Link: https://outlook.cloud.microsoft/host/377c982d-9686-450e-9a7c-22aeaf1bc162/7211f19f-262a-42eb-a02e-289956491741
OBLIGACIÓN 7	
Desarrollar acciones de apoyo a la supervisión de contratos realizando el seguimiento, verificación y constatación del cumplimiento de las obligaciones contractuales y/o términos de referencia que debe desarrollar el contratista, plazos y condiciones establecidos, programación del PAC, entre otras, acorde con el Manual de Supervisión de Contratos y la normatividad vigente.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Desde el 1 al 30 de abril Se realizaron las siguientes actividades: apoyo a meta CPS-814 Y apoyo emocional	7.1.20260409_Audiencia publica Apoyo emocional 7.2. 20260417_Acta apoyo814 Link: https://outlook.cloud.microsoft/host/377c982d-9686-450e-9a7c-22aeaf1bc162/7211f19f-262a-42eb-a02e-289956491741
OBLIGACIÓN 8	
Las demás obligaciones que sean inherentes al objeto contractual, que se encuentren en la normatividad vigente o quesean solicitadas por el supervisor o apoyo a la supervisión del contrato.	

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E INFORME DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Desde el 1 al 30 de abril Se realizaron las siguientes actividades: 8. Atención a la ciudadanía	8.1.20260414_ATENCION AL CIUDADANO Link: https://outlook.cloud.microsoft/host/377c982d-9686-450e-9a7c-22aeaf1bc162/7211f19f-262a-42eb-a02e-289956491741



SECRETARÍA DE
GOBIERNO

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E INFORME DE ACTIVIDADES

FIRMAS

DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las efectivamente desarrolladas en el período indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.

Adicionalmente, conforme a lo establecido en la minuta del Contrato de Prestación de Servicios, presento (las certificaciones de afiliación) o (planilla) al Sistema de Seguridad Social de periodo cotizado correspondiente para los fines pertinentes del presente pago.

Por lo anterior, manifiesto que, conforme al Decreto 1273 de 2018 del Gobierno Nacional, el cual establece que "...los trabajadores independientes podrán realizar el pago de sus aportes al Sistema de Seguridad Social Integral mes vencido...", no me acojo a los beneficios tributarios derivados de dicha disposición. (Aplica cuando se acoge a mes vencido)

DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: Una vez verificados los soportes allegados por el contratista manifiesto que el/la contratista, ha cumplido con las obligaciones establecidas en el contrato.

Así mismo, certifiqué el cumplimiento de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (salud, pensión y riesgos laborales) por parte del contratista, en los términos establecidos en el Parágrafo 1 del artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 y el artículo 244 de la Ley 1955 de 2019. Cabe señalar que, tratándose de personas naturales, no es obligatorio el pago de los aportes parafiscales relativos al SENA, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, por lo que dicha verificación se limita al cumplimiento de los aportes al sistema de seguridad social, incluidos los correspondientes a la ARL (Administradora de Riesgos Laborales), cuando aplique.

CONTRATISTA

Firma:

Nombre: DORA RUTH CORTES ROJAS
Cédula: 51923924

SUPERVISOR/INTERVENTOR

Nombre: JAVIER PRIETO TRISTANCHO

Cargo: ALCALDE LOCAL DE KENNEDY (ENCARGADO)

Firma:

APOYO A LA SUPERVISIÓN

Nombre: EIMY SOLANGY CASTRO CASALLAS

Cargo: PROFESIONAL ESPECIALIZADO I Título de Postgrado 25 meses o más de experiencia profesional

Firma:

Edificio Liévano
Calle 11 No. 8 -17
Código Postal:
111711
Tel. 3387000 -
3820660
Información Línea
195
www.gobiernobogota
.gov.co

Código: GCO-GCI-F110
Versión: 08
Vigencia: 28 de enero de 2026
Caso HOLA: 22935
Página 5 de 5



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

**PRESENTACIÓN INFORME DE ACTIVIDADES
Y ANEXOS**

Estimado(a) Supervisor(a)

De manera atenta envío el informe mensual de actividades No. 3 correspondiente a la ejecución del Contrato de Prestación de Servicios No. CPS-798-2026, por un valor de \$ 5.500.000, junto con los soportes respectivos para el periodo comprendido entre el 1 de Abril de 2026 al 30 de Abril de 2026.

Adicionalmente y conforme a lo establecido en la minuta del Contrato de Prestación de Servicios, adjunto a la presente la planilla de pago al Sistema de Seguridad Social Integral No. 77431252 correspondiente al mes de abril de 2026, para los fines pertinentes del presente pago.

Cordialmente,



DORA RUTH CORTES ROJAS**C.C. 51923924 CHÍA****Correo electrónico: ruthcortes.sanblas@hotmail.com**



ALCALDIA LOCAL DE KENNEDY

RELACION DE TRAMITE DE RADICADOS ORFEO

NUMERO DE RADICADO	FECHA DE RADICACION	ESTADO DEL TRAMITE	ACCION O PLAN DE TRABAJO PARA TRAMITAR Y DAR CIERRE
ENTRADAS/ MIS OFICIOS/ MIS MEMORANDOS			
20265820279271	2026-04-13	Abierto	TRamistes administrativos para cierre
20265820279251	2026-04-13	Abierto	Tramites administrativos para cierre



CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL
CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Número de Contrato CPS-798-2026

Yo, DORA RUTH CORTES ROJAS , identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 51923924 expedida en la ciudad de CHÍA .

INFORMACIÓN PERSONAL	SI/NO
Soy Pensionado	NO
Devolución de saldos (No estoy obligado a cotizar pensión)	NO
Soy Declarante de Renta año 2025	SI
Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente de qué trata el artículo 383 Parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016. Haré uso de costos y deducciones asociadas a los pagos o abonos en cuenta por concepto de HONORARIOS; o por compensaciones por SERVICIOS PERSONALES.	NO

Solicito que al momento de la depuración de la base de la retención en la fuente sea tenida en cuenta la exención prevista en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario. Toda vez que cumpla con las previsiones del numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el artículo 9 del Decreto 2231 de 2023.

De acuerdo con lo anterior, CERTIFICO QUE: (Seleccione con X para cada concepto que le aplique y anexe el soporte según corresponda):

DEPURACIÓN CÁLCULO DE RENTA	SI/NO
¿Soy responsable del Impuesto a las ventas - IVA? (Anexar RUT y certificación de autorización de numeración de facturación electrónica)	NO
¿Hago aportes a cuenta AFC - Ahorro de Fomento a la Construcción-? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)	NO
¿A la fecha hago aportes VOLUNTARIOS a pensión? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)	NO
¿Aporto certificación de pago de intereses en préstamos de vivienda del año inmediatamente anterior? (Anexar certificación en la primera cuenta)	NO
¿Aporto certificación de pagos a medicina prepagada y/o planes adicionales de salud del año inmediatamente anterior o del período objeto de pago? (Anexar certificación en la primera cuenta)	NO
¿Certifico que tengo dependientes de acuerdo con los requisitos exigidos en el parágrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario y en concordancia con ley 2277 de 2022 y Art.388 del Estatuto Tributario; Decreto 1625 de 2016 artículo 1.2.4.1.6 y artículo 1.2.4.1.18 modificado por el artículo 9 del Decreto 2250 de 2017). base retención (10%) de los ingresos brutos y hasta máximos de 32 UVT? (Anexar formato gco-gci-f137 y sus soportes)	NO

Se expide y firma a los (4) días del mes de Mayo del 2026.

Firma:

Nombre: DORA RUTH CORTES ROJAS
C.C: 51923924 de CHÍA
Dirección de correspondencia: CARRERA 12 D # 19 -07 SUR
Teléfono de contacto: 3138533170
Correo electrónico institucional: ruthcortes.sanblas@hotmail.com
Correo electrónico personal: ruthcortes.sanblas@hotmail.com



SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. CPS-798-2026

Yo JAVIER PRIETO TRISTANCHO, en calidad de supervisor(a) del contrato No. CPS-798-2026 suscrito entre la Secretaría Distrital de Gobierno y DORA RUTH CORTES ROJAS, identificado(a) con el número de documento C.C. 51923924 CHÍA, certifico que el(la) contratista cumplió con las obligaciones pactadas en dicho contrato, de acuerdo con el informe No. 3 presentado para el período comprendido entre el 1 de Abril de 2026 y el 30 de Abril de 2026.

Así mismo, certifico que el cumplimiento de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (salud, pensión y riesgos laborales) por parte del contratista, en los términos establecidos en el Parágrafo 1 del artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 y el artículo 244 de la Ley 1955 de 2019. Cabe señalar que, tratándose de personas naturales, no es obligatorio el pago de los aportes parafiscales relativos al SENA, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, por lo que dicha verificación se limita al cumplimiento de los aportes al sistema de seguridad social, incluidos los correspondientes a la ARL (Administradora de Riesgos Laborales), cuando aplique.

De acuerdo con lo anterior y una vez verificados los documentos presentados, los cuales cumplen cabalmente con lo establecido en el procedimiento de pagos de la entidad, autorizo el pago por valor de \$5.500.000

En constancia se firma a los 4 días del mes de Mayo de (2026).



JAVIER PRIETO TRISTANCHO
ALCALDE LOCAL DE KENNEDY
(ENCARGADO)
SUPERVISOR



EIMY SOLANGY CASTRO CASALLAS
APOYO A LA SUPERVISIÓN

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	51923924	DORA RUTH CORTES ROJAS		KR 13 19 07 SUR	7576179	ruthcortes.sanblas@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		77431252	27/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$2,200,000	\$693.800	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	275.000	0		0		0	0	0	0	275.000	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	352.000	0	0	0	0	0	0		352.000	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	53.600				53.600	0	0	53.600			536	53.600	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	13.200	0	0	13.200	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	275.000	275.000
Pensión	1	352.000	352.000
Riesgos Laborales	1	53.600	53.600
CCF	1	13.200	13.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	693.800	693.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	51923924	DORA RUTH CORTES ROJAS		KR 13 19 07 SUR	7576179	ruthcortes.sanblas@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		77431252	27/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$2,200,000	\$693.800	

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES											
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Saludgo	Extranjero	Columna anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TOP	TAP	VSP	VST	SLA	ISE	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 51923924	CORTES ROJAS DORA RUTH	59	0		N																		25-14	2.200.000	30	352.000	0	0	0	0	EPS008	2.200.000	30	275.000	14-7	2.200.000	30	3	53.600	CCF24	2.200.000	30	13.200	0	0	0	0	0

PAGADA

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7**

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) DORA RUTH CORTES ROJAS identificado(a) con Cedula Ciudadania No. 51923924, registra como contratante del Plan PC ESPECIAL CON POS con los siguientes afiliados:

Nombre	Identificación	Parentesco	Estado	Plan	Vigencia
DORA RUTH CORTES ROJAS	CC - 51923924	TR	Vigente a la fecha	PC ESPECIAL CON POS	Desde 20250901 Hasta 20260831

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 27 días del mes de abril de 2026.

Observaciones:

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS. Cualquier aclaración, con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención de Servicios de Salud (601) 3078088, exclusiva para Plan Complementario Especial y Plan Complementario Vital.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA

CER-PAS 13768684