

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52238770	ANDREA ROJAS ALARCON		CL 167 51 - 40	4711557	anrojas2.76@gmail.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 (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93117673	01/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$0	\$742.700	

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	300.100	0		0		0	0	0	0	300.100	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	384.100	0	0	0	0	0	0		384.100	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	58.500				58.500	0	0	58.500			585	58.500	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	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	300.100	300.100
Pensión	1	384.100	384.100
Riesgos Laborales	1	58.500	58.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	742.700	742.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52238770	ANDREA ROJAS ALARCON		CL 167 51 - 40	4711557	anrojas2.76@gmail.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
		93117673	01/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$0	\$742.700	

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	Colom. exterior	Exonente	INS	RET	TDE	TAF	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	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 52238770	ROJAS ALARCON ANDREA	59	0			N															25-14	2.400.040	30	384.100	0	0	0	0	EPS005	2.400.040	30	300.100	14-11	2.400.040	30	3	58.500	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANDREA ROJAS ALARCON			CC:	52238770
CORREO ELECTRÓNICO:	anrojas2.76@gmail.com			TELÉFONO:	3134765393
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 167 51 40			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488439066561
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3941 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 6.000.056	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/05/04	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 ANDREA ROJAS ALARCON PS_3941_2026_4BCFD1 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANDREA ROJAS ALARCON CC: 52238770 CEL: 3134765393					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

ANDREA ROJAS ALARCON

CON C.C N°

52.238.770

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO ENFERMERO A PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGUN RESOLUCION 711 24 04 2025.
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3941 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/05/04
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 5.600.052	No. HORAS EJECUTADAS	184
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 16.826.244	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.000.056
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES
---	----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
---	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ
------------------------	--------------------------------

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
------	---

1	Apropiación normativa y técnica Realizar el estudio, comprensión y aplicación de la normatividad vigente relacionada con la Atención Primaria en Salud (APS), incluyendo la Resolución 711 de 2025, Resolución 3280 de 2018 y lineamientos técnico-operativos de Equipos Básicos de Salud, garantizando que las actividades desarrolladas se ejecuten conforme a los parámetros establecidos por el Ministerio de Salud y la Subred.
2	Participación en capacitaciones institucionales Asistir y participar activamente en las capacitaciones, asistencias técnicas y procesos formativos relacionados con los aplicativos institucionales y demás herramientas tecnológicas requeridas para la ejecución de las actividades contractuales, asegurando el correcto manejo y registro de la información.
3	Apoyo técnico y operativo institucional Brindar apoyo técnico y operativo en espacios institucionales, jornadas formativas o actividades solicitadas por coordinación o supervisión, contribuyendo al fortalecimiento de los procesos asistenciales y administrativos.
4	Verificación de caracterización y modalidad de atención Confirmar previamente que los usuarios se encuentren registrados y caracterizados en el aplicativo GTAPS antes de realizar la atención correspondiente, garantizando que la prestación del servicio se efectúe bajo la modalidad intramural o extramural según corresponda. Valoración integral de la población asignada Realizar valoraciones integrales de salud de acuerdo con el curso de vida, identificando factores de riesgo, necesidades y prioridades en salud, con el fin de orientar intervenciones oportunas y planes de manejo acordes a la situación del usuario.
5	Valoración integral de la población asignada Realizar valoraciones integrales de salud de acuerdo con el curso de vida, identificando factores de riesgo, necesidades y prioridades en salud, con el fin de orientar intervenciones oportunas y planes de manejo acordes a la situación del usuario.
6	Ejecución de atenciones individuales de enfermería Desarrollar consultas y atenciones de enfermería conforme a los lineamientos establecidos en la Resolución 3280 de 2018, garantizando una adecuada valoración, formulación diagnóstica y registro completo de la atención prestada
7	Elaboración e implementación del plan de cuidado Diseñar, concertar y registrar planes de cuidado primario individuales y familiares de acuerdo con los hallazgos identificados durante la atención, promoviendo acciones de prevención, seguimiento y mejoramiento de las condiciones de salud.
8	Registro completo de la atención clínica Garantizar el diligenciamiento adecuado de anamnesis, revisión por sistemas, antecedentes, examen físico, análisis clínico, diagnóstico y plan de manejo, asegurando la calidad técnica y científica de la atención brindada.
9	Registro oportuno y calidad del dato Registrar de forma veraz, completa y oportuna todas las actividades y atenciones realizadas en los aplicativos institucionales establecidos, garantizando la calidad del dato y el cumplimiento de los tiempos definidos.
10	Seguimiento según clasificación familiar Programar y realizar seguimientos a las familias según su clasificación de riesgo y tipología familiar, asegurando continuidad en la atención y cumplimiento de las intervenciones definidas.
11	Identificación y notificación de eventos en salud pública Detectar oportunamente eventos de interés en salud pública, violencia o conducta suicida y realizar la notificación correspondiente a través de los sistemas establecidos, dentro de los tiempos definidos por la normatividad vigente.
12	Canalización de riesgos en salud y sociales Identificar riesgos en salud o situaciones sociales que requieran intervención institucional y diligenciar oportunamente los formatos de canalización correspondientes para activar las rutas de atención. 13. Verificación de atenciones obligatorias
13	Verificación de atenciones obligatorias Revisar que los usuarios hayan recibido las intervenciones y atenciones obligatorias según su curso de vida y, en caso de incumplimiento, gestionar las órdenes o canalizaciones necesarias.
14	Identificación de población sin aseguramiento Detectar usuarios que cumplan criterios para afiliación al sistema de salud y remitir oportunamente la información requerida para facilitar el proceso de aseguramiento.
15	Atención inicial de emergencias Brindar atención inicial en situaciones de emergencia identificadas durante las visitas, activando las rutas correspondientes y coordinando la remisión con los organismos competentes hasta garantizar la entrega segura del usuario.

16	Desarrollo de acciones intramurales y extramurales Ejecutar actividades asistenciales propias del perfil profesional tanto en escenarios intramurales como extramurales, de acuerdo con las necesidades del servicio y los lineamientos institucionales.
17	Asistencia a reuniones y comités Participar de manera obligatoria y puntual en reuniones, comités, capacitaciones y espacios de seguimiento convocados por la institución, dejando los soportes correspondientes.
18	Desarrollo de capacitaciones e intervenciones técnicas Planear y ejecutar capacitaciones, socializaciones e intervenciones técnicas dirigidas a usuarios, comunidad o equipos de trabajo, según requerimientos institucionales.
19	Articulación comunitaria e intersectorial Fortalecer el trabajo articulado con actores comunitarios e intersectoriales para promover acciones integrales en salud y mejorar el abordaje de las necesidades del territorio.
20	Entrega de informes y soportes Presentar oportunamente informes, formatos, bases de datos y demás soportes derivados de las actividades desarrolladas, cumpliendo con criterios de calidad y periodicidad establecidos.
21	Custodia y manejo de bienes institucionales Velar por el adecuado uso, conservación y custodia de los equipos, insumos y bienes institucionales asignados para el cumplimiento de las funciones contractuales.
22	Disponibilidad de equipos para mantenimiento Garantizar la disponibilidad de los equipos biomédicos, tecnológicos y demás bienes institucionales para procesos de revisión, calibración y mantenimiento preventivo.
23	Responsabilidad sobre bienes institucionales Responder por el adecuado manejo de los bienes públicos asignados, asumiendo las responsabilidades correspondientes en caso de pérdida, daño o incumplimiento en su entrega.
24	Uso confidencial de usuarios y contraseñas Garantizar el manejo responsable y confidencial de usuarios, claves y accesos institucionales, evitando el uso inadecuado de la información.
25	Apoyo al mejoramiento continuo de la calidad Participar en actividades relacionadas con procesos de calidad, habilitación, acreditación y planes de mejoramiento institucional.
26	Cumplimiento integral de funciones del EBS Ejecutar todas las actividades correspondientes al perfil profesional dentro del Equipo Básico de Salud, garantizando la entrega oportuna y completa de soportes y productos sujetos a auditoría.
27	Cumplimiento de metas e indicadores Garantizar el cumplimiento de metas, indicadores y registros institucionales establecidos, reconociendo que estos serán objeto de seguimiento y validación permanente.
28	Gestión contractual y cuentas de cobro Realizar oportunamente la elaboración y presentación de cuentas de cobro, así como la gestión documental y contractual requerida en las plataformas institucionales.
29	Apoyo en espacios institucionales y capacitaciones Brindar apoyo técnico y operativo en actividades institucionales, incluyendo la preparación y socialización de capacitaciones relacionadas con el perfil profesional.
30	Seguimiento al equipo interdisciplinario Apoyar el seguimiento operativo del equipo interdisciplinario, participando en reuniones y espacios de evaluación orientados al cumplimiento de metas y fortalecimiento del trabajo en equipo.
31	Soporte administrativo a supervisión Apoyar los procesos administrativos relacionados con requerimientos, derechos de petición, solicitudes de información y respuestas a entes de control, garantizando calidad y oportunidad en la entrega de soportes.
32	Ejecución de actividades bajo el modelo APS Desarrollar todas las actividades en el marco del modelo preventivo y predictivo y del fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud, garantizando cumplimiento normativo y calidad en la prestación del servicio.
33	Otras actividades asignadas Realizar las demás actividades inherentes al objeto contractual que sean asignadas por la supervisión, conforme a las necesidades del servicio y la normatividad vigente.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS
SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2026-06-01) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 88910374	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/06/29	\$ 217.174
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/06/29	\$ 277.983
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/06/29	\$ 42.322
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 537.479

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pension, rut)
- 3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
- 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



ANDREA ROJAS ALARCON

PS_3941_2026_4BCFD1

ANDREA ROJAS ALARCON

CC: 52238770

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ

PS_3941_2026_4BCFD1

LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

Desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**

CERTIFICA

Al señor(a) **ANDREA ROJAS ALARCON**, identificado(a) con CC número 52238770, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

IDENTIFICACIÓN

CC 52238770

S

Andrea Rojas Alarcon

Titular

Titular

D

07/08/1976

CIÓN

0 Tiene Derecho A Cobertura Integral

ILIACIÓN

10 - Cobertura Integral

EPS SANITAS

01/09/2025

BORAL / EPS SANITAS

Activo(a)

EN EPS SANITAS

Sin semanas reportadas en EPS SANITAS

EN OTRA EPS

Sin semanas reportadas en EPS SANITAS

EN ÚLTIMO AÑO

Sin semanas reportadas en EPS SANITAS

Contributivo

AL RÉGIMEN

01/09/2025

No aplica

COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

01/09/2025 - Vigente CEDULA DE

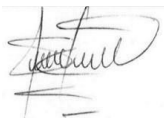
ANDREA ROJAS ALARCON Desde

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANDREA ROJAS ALARCON** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52238770**, se encuentra afiliado/a desde **24/10/1997** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 15 de julio de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

Medellin, 15 de julio de 2026

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **ANDREA ROJAS ALARCON** con documento de identidad **C52238770**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE** con NIT **N900959051**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2025-06-01	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	TRABAJADORES INDEPENDIENTES	0000000001	3	2.436	EN COBERTURA



• Medellín **604 4444578**
• Bogotá **6014055911**
• Cali **602 3808938**
• Pereira **606 3138400**

• Manizales **606 8811280**
• Bucaramanga **6076917938**
• Cartagena **605 6424938**
• Barranquilla **605 3197938**

Líneas de atención **01 8000 511 414 6 01 8000 941 414**
Línea de conciliación ARL **3103157562**
segurosura.com.co arlsura.com



CERTIFICADO

**BOGOTÁ D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese**

15/07/2026

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor ANDREA ROJAS ALARCON**
con **Cédula de Ciudadanía** número **52238770**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	488439066561
Fecha de apertura	15/05/2023

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA