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		2026-06	Capital Salud	COTIZANTE

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
Capital Salud	06/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Capital Salud	05/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Capital Salud	04/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Capital Salud	03/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
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.

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
		93005123	09/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$501.800	

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					
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	218.900	0		0		0	7	1.200	0	220.100	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	280.200	0	0	0	0	7	1.500	0	281.700	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										

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	220.100
Pensión	1	280.200	281.700
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	499.100	501.800

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
		93005123	09/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$501.800	

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	Excarcelado	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	3	0			N																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPSC34	1.750.905	30	218.900		0	0		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DOCUMENTO EQUIVALENTEA FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DESERVICIOS DESALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

YAJAIRAALVAREZROMAÑA
C.C1.003.969.707DEBOGOTA 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 31 DE JULIO de 2 0 2 6 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

CTADEAHORROSBANCODEBOGOTA

NUMERO 132301532

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	1572	FECHA	2026-07-16 14:59:04.000	NÚMERO DE CRP	24215	FECHA	2026-07-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-07-01		2026-07-31		
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:	$16,686,775
VALOR EJECUTADO	$14,077,525
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,311,050
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2,609,250
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	84%

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
93005123	$1,008,910	$126,114	$161,426	3	$24,577	$312,116

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

David Eduardo Peñuela Jiménez
1018420569
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 apoya 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

David Eduardo Peñuela Jiménez
1018420569
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