

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	LEYDY JHOJANA ALARCON ZICUARIZA			CC:	1001045525	
CORREO ELECTRÓNICO:	LEIDYALARCONZICUARIZA@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3229466563	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 42F SUR 87B 16			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:		TIPO DE CUENTA:	CORRIENTE	N° CUENTA:		
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 5647 2025	N° CDP:	1580	N°. RP:	17301	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DOS (2) MESES Y VEINTISIETE (27) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/04/06	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/08/31			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/06/10 AL 2025/06/30					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.657.614					



LEYDY JHOJANA ALARCON ZICUARIZA
PS_5647_2025_3C3227-2025-06-16 17:30:52

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LEYDY JHOJANA ALARCON ZICUARIZA
CC: 1001045525
CEL: 3229466563

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
LEYDY JOHANA ALARCON ZICUARIZA

CON C.C N° 1.001.045.525

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - CONVENIO EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEG?N RESOLUCION 1499 26-08-2024
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5647 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/04/06
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 7.250.023	No. HORAS EJECUTADAS	122
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 7.250.023	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.657.614
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y VEINTISIETE (27) DIAS		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

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	SE ASISTE A REUNION DE APROPIACION DE LINEAMIENTOS
2	SE HACE VERIFICACION DE HISTORIA CLINICA SEGUN CURSO DE VIDA
3	DAR CIERRE DE LA CARACTERIZACION EN EL SISTEMA
4	VERIFICAR EL ESQUEMA DE VACUNAS DE LOS MENORES
5	REALIZAR AGENDAMIENTO TELEFONICO
6	REALIZAR CARACTERIZACION A DIARIO
7	ASISTIR A COMITES CADA QUE SE REQUIERA
8	REALIZAR ACTIVIDADES ASIGNADAS

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 (2025-06-10) AL (2025-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 000000	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/07/05	\$ 0
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/07/05	\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/07/05	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 0

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



LEYDY JHOJANA ALARCON ZICUARIZA

PS_5647_2025_3C3227-2025-06-16 17:30:52

LEYDY JHOJANA ALARCON ZICUARIZA

CC: 1001045525

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



BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

PS_5647_2025_3C3227-2025-06-17 21:13:30

BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

SUPERVISOR DEL CONTRATO



BOGOTA, Junio 16 de 2025

Señora:
ALARCON ZICUARIZA LEYDY JOHANA
CC. 1001045525
CR 87 BIS 42F 63 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Diciembre 15 de 2022. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
ALARCON ZICUARIZA LEYDY JOHANA	1001045525	C	Dic-15-2022	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
HORTUA PINZON CARLOS YURI	1000127633	C	Abr-11-2024	17	26	COMPANERO(A)	VIGENTE			Ninguna
ALARCON ANDRADE MIGUEL ALFONSO	80435274	C	Jun-8-2021	0	0	COMPANERO(A)	NO VIGENTE	Jun-8-2021	Anulación por TDA negados	Ninguna
ALARCON ZICUARIZA MIGUEL ANGEL	1030549506	T	Jun-8-2021	0	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	Jun-8-2021	Anulación por TDA negados	Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
LEYDY JOHANA ALARCON ZICUARIZA	1001045525	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
LEYDY JOHANA ALARCON ZICUARIZA	1001045525	Trabajador Independiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ALARCON ZICUARIZA LEYDY JHOJANA** identificado(a) con **CC** número **1.001.045.525** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 15 de diciembre de 2022 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 17 de junio de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:

Bogotá (601) 744 44 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 386 00 80 -

Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575

o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a <https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/>

Medellín, 17 de junio de 2025

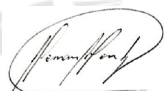
CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que LEYDY JHOJANA ALARCON ZICUARIZA identificado(a) con C1001045525 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10010455252516875878

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos