

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	PAOLA ANDREA PARRA PULIDO			CC:	1018449359
CORREO ELECTRÓNICO:	ANDRE91_29@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3207689892
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 2C ESTE 90D 22 SUR			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 7419 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.639.915	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/07	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/07 AL 2025/10/31				
 PAOLA ANDREA PARRA PULIDO PS_7419_2025_D8EBF3 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: PAOLA ANDREA PARRA PULIDO CC: 1018449359 CEL: 3207689892					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
PAOLA ANDREA PARRA PULIDO

CON C.C N°1.018.449.359

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO A PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - RESOLUCION 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 7419 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/10/07
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$3.958.300	No. HORAS EJECUTADAS	141
----------------------------	-------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$3.958.300	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$3.639.915
--	-------------	---	-------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	VEINTICINCO (25) 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	1. REALIZAR LA APROPIACIÓN DE LA NORMATIVIDAD Y LINEAMIENTOS REQUERIDOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD CONFORME A LA RESOLUCIÓN 1499 DEL 26 DE AGOSTO DE 2024 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y TODAS AQUELLAS QUE LA MODIFIQUEN Y ADICIONEN. DENTRO DE LAS ACCIONES A EJECUTAR DENTRO DEL CONTRATO SE HA PARTICIPADO A LAS CUALIFICACIONES DE LA RESOLUCIÓN 32-80, RESOLUCIÓN 14-99 DEL 2024, CO EL FIN DE TENER EL CONOCIMIENTO DE LAS ACCIONES EN TERRITORIO COMO EQUIPOS BASICOS EN SALUD.
2	2. PARTICIPAR EN LAS CAPACITACIONES DE LOS APLICATIVOS REQUERIDOS PARA EL REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES COMO EL SISTEMA DE GESTIÓN TERRITORIAL PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA SOCIAL GTAPS Y DE HISTORIA CLÍNICA EN DINÁMICA GERENCIAL: SE PARTICIPÓ EN LAS RESPECTIVAS INDUCCIONES DE DINAMICS (PARA EL CARGUE DE LA HISTORIAS CLINICAS) DINAMICA GERENCIAL , DONDE SE EXPLICA EL ADECUADE CARGUE PARA EL PERFIL DE PSICOLOGIA, INDICANDO QUE EXISTEN TRES MANERAS DE CARGUE , LA VALORACION INICIAL, LA EVOLUCIÓN Y CONSULTA EXTERNA , DE IGUAL MANERA LAS INDICACIONES MEDICAS, DE IGUAL MANERA LA CUALIFICACIÓN DE GTAPS , EL RUTERO PARA ASÍ GUARDAR LA INFORMACIÓN DE CADA PACIENTE SEGUN NORMATIVIDAD.
3	4. REALIZAR RECONOCIMIENTO Y ADECUACIÓN TERRITORIAL/COMUNITARIA: SE REALIZARÁ CAPACITACIÓN EN TERRITORIO CON ACOMPAÑAMIENTO DEL EQUIPO BASICO DE SALUD QUE SE ENCUENTRA, CON EL FIN DE RECONOCER EL MICROTERRITORIO ASIGNADO PARA LA ATENCIÓN.
4	12. ASISTIR A CAPACITACIONES, COMITÉS Y/O CONVOCATORIAS, ASÍ COMO REALIZAR LA ENTREGA DE LOS SOPORTES DE CERTIFICACIONES O ACTAS DE LOS CURSOS O JORNADAS A LAS CUALES SEA CONVOCADO: SE ASISTIÓ A LAS SIGUIENTES CAPACITACIONES : * RESOLUCIÓN 3280 DEL 2018 * CAPACITACIÓN DE FACTURACIÓN , VIGILANCIA Y EPIDEMIOLOGIA * HISTORIA CLINICA DINAMIC *DINAMICA GERENCIAL * CAPACITACIÓN CON LA LIDER DE PSICOLOGIA PARA EL RECONOCIMIENTO DE FORMATOS Y ESCALAS A REALIZAR DENTRO DE LA VALORACIÓN . LO CUAL SE HA VALIDADO CON FIRMAS EN LAS REUNIONES Y ACTAS.
5	13. REALIZAR EL ENVÍO DE LOS SOPORTES DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS, PAGO DE SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y LOS DEMÁS QUE SE REQUIERAN COMO PARTE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS: SE ENTREGO LOS SOPORTES ADECUADOS COMO ACTAS COMO SOPORTE DEL CUMPLIMIENTO A LAS CAPACITACIONES, DE IGUAL MANERA LOS SOPORTES PARA LA CREACIÓN DE USUARIO EN LAS PLATAFORMAS DE GTAPS Y DINAMICS PARA UNA ADECUADA EJECUCIÓN DEL CONTRATO.
6	18. REALIZAR EL USO LOS USUARIOS Y CONTRASEÑAS ASIGNADAS BAJO LA DEBIDA RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD, A EFECTOS DE NO COMPARTIRLAS CON TERCEROS O PERSONAS AJENAS AL PROCESO Y HACER ENTREGA DE LAS MISMAS AL TÉRMINO DEL PRESENTE CONTRATO. AL IGUAL QUE LOS SOPORTES DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO EN MEDIO FÍSICO Y MAGNÉTICO: SE REALIZA EL ENVIO DE DOCUMENTACIÓN Y FIRMA PARA LA CREACION DE USUARIO EN LAS PLATAFORMAS DE DINAMICS Y GTAPS 19. REALIZAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE ASIGNE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO BAJO LA RESOLUCIÓN 1499 DEL 26 DE AGOSTO DE 2024 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y TODAS AQUELLAS QUE LA MODIFIQUEN Y ADICIONEN: SE REALIZAN ACTIVIDADES DE INDUCCIÓN, REALIZACIÓN DE ACTAS Y EL SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES DADAS POR EL SUPERVISOR PARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

ACTUAL.

7				
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 (2025-10-07) AL (2025-10-31)				
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N°		OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SALUD TOTAL		\$ 0	
PENSIÓN:	PORVENIR		\$ 0	
RIESGOS LABORALES:	SURA		\$ 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 afiliacion 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		 PAOLA ANDREA PARRA PULIDO PS_7419_2025_D8EBF3 PAOLA ANDREA PARRA PULIDO CC: 1018449359		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO		 BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO PS_7419_2025_D8EBF3 BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO		

BOGOTÁ, Octubre 20 de 2025

Señora:

PARRA PULIDO PAOLA ANDREA

CC. 1018449359CR 2 C ESTE NO 90D 22 SUR - 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 Noviembre 26 de 2019. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_c ot	Sem_A nt	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
PARRA PULIDO PAOLA ANDREA	1018449359	C	Nov-26-2019	161	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
MORA PARRA ANGEL MATHIAS	1029120154	R	Ene-6-2025	1	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			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
ASOCIACION CRISTIANA DE JOVENES DE BOGOTÁ Y CUNDIN	1018449359	Dependiente	CERRADO
LICEO ARKADIA COLOMBIA LTDA	1018449359	Dependiente	CERRADO
PAOLA ANDREA PARRA PULIDO	1018449359	Independiente	CERRADO
PAOLA ANDREA PARRA PULIDO	1018449359	Independiente	CERRADO
PAOLA ANDREA PARRA PULIDO	1018449359	Independiente	CERRADO
PAOLA ANDREA PARRA PULIDO	1018449359	Independiente	VIGENTE

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,

Gerencia 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.

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

PAOLA ANDREA PARRA PULIDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.018.449.359**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Octubre del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Medellín, 20 de octubre 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 PAOLA ANDREA PARRA PULIDO identificado(a) con C1018449359 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.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10184493592529357428