

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	PAOLA GERALDINNE ALZATE RODRIGUEZ			CC:	1018487995
CORREO ELECTRÓNICO:	alzatepaola443@gmail.com			TELÉFONO:	3058655819
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 44 SUR 72 U 26			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	0550488426980113
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 4045 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 972.800	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/05/12	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/06/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/25 AL 2026/05/31				
 PAOLA GERALDINNE ALZATE RODRIGUEZ PS_4045_2026_C2D0A2 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: PAOLA GERALDINNE ALZATE RODRIGUEZ CC: 1018487995 CEL: 3058655819					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
PAOLA GERALDINNE ALZATE RODRIGUEZ

CON C.C N°1.018.487.995

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS COMO PSICOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOSPROFESIONALES No.PS 4045 2026FECHA INICIO CONTRATO2026/05/12

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$3.015.680No. HORAS EJECUTADAS40

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$7.539.200VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$972.800

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASDOS (2) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY

NOMBRE DEL SUPERVISOR:GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

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)

- 1PRESTAR SERVICIOS COMO PSICÓLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS EN HOSPITAL LA VICTORIA
- 2DILIGENCIAR DE MANERA OPORTUNA Y COMPLETA LOS FORMATOS DE HISTORIA CLINICA Y DEMAS REGISTROS

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 (2026-05-25) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA		\$ 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 ningun 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 GERALDINNE ALZATE RODRIGUEZ
PS_4045_2026_C2D0A2

PAOLA GERALDINNE ALZATE RODRIGUEZ
CC: 1018487995

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



GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA
PS_4045_2026_C2D0A2

GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA
SUPERVISOR DEL CONTRATO



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **PAOLA GERALDINNE ALZATE RODRIGUEZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1018487995** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1018487995
NOMBRES Y APELLIDOS	PAOLA GERALDINNE ALZATE RODRIGUEZ
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	04/04/2025
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 21/04/2026

**ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN
DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS**

EPS SURAMERICANA S.A

Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de atención: Barranquilla: 605 319 7901, **Cali:** 602 380 8941,

Medellín: 604 448 61 15, **Bogotá:** 601 448 7941

Línea Nacional: 01 8000 519 519

epssura.com

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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

PAOLA GERALDINNE ALZATE RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.018.487.995**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 de Abril del 2026.

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.

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	CÓDIGO: AP-IA-FT-024 VERSIÓN: 04 FECHA: 2025-10-24	
LA INFORMACIÓN DEBE SER LEGIBLE			
A QUE ARL DESEA QUE LA SUBRED CENTRO ORIENTE, REALICE LA AFILIACION		SURA	
		1. NOMBRE ARL	
CC-CEDULA DE CIUDADANIA		1018487995	
2 . TIPO DE DOCUMENTO	3. Numero de Documento		
PAOLA	GERALDINNE	ALZATE	RODRIGUEZ
4. Primer Nombre	5. Segundo Nombre	6. Primer Apellido	7. Segundo Apellido
7/08/1996	BOGOTÁ DC	CL 60A SUR 68 08	
8. Fecha de .Nacimiento	9. Ciudad de Residencia	10. Dirección de Residencia	
SURA		PORVENIR	
11. EPS - Salud		12. AFP - Pensiones	
PSICÓLOGA	ALZATEPAOLA443@GMAIL.COM		3058655819
13. Perfil/ Profesión	14. Correo Electrónico	15. Celular	
 16. Firma del Afiliado			
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. NOTA: Cualquier novedad requerida debe ser notificada al correo apoyocontratacion@subredcentrooriente.gov.co Diagonal 34 N° 5 - 37 PBX: 3282828 - ext 11011			
1. Para el diligenciamiento del presente documento es importante que la información reportada sea legible y clara. El documento se debe diligenciar de forma digital siguiendo las indicaciones del instructivo en la hoja siguiente. 2. Para afiliaciones ARL RIESGO IV y V la entidad realizara el tramite de afiliación de la persona con el operador oficial de la institución, generando los aportes correspondientes conforme el centro de trabajo y riesgo.			