SALUD:	**FAMISANAR**	**2025/06/04**	**$ 240.000**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**2025/06/04**	**$ 307.200**
RIESGOS LABORALES:	**COLMENA**	**2025/06/04**	**$ 46.800**
OTRO			
TOTAL PAGADO			**$ 594.000**

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	*LEYDY JHOANA TORRES VALDERRAMA* *PS_5547_2025_F6932C-2025-06-16 21:07:27* **LEYDY JHOANA TORRES VALDERRAMA** **CC: 1072961019**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO* *PS_5547_2025_F6932C-2025-06-17 20:47:32* **BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

1	

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 (2025-06-01) AL (2025-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1072478432	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

de datos definida
para el convenio, Ficha de Notificación según evento de interés en salud publica identificado y Plan de cuidado familiar. 20. Realizar demás actividades relacionadas
con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato bajo el CONVENIO DE EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL según resolución
1499 26-08-2024. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** AP-IA-FT-077 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
LEYDY JHOANA TORRES VALDERRAMA				
	CON C.C N°	**1.072.961.019**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) 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 5547 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/06**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 18.000.168	**No. HORAS EJECUTADAS**	**122**	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 18.000.168	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.978.298	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (03) MESES			
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. Elaborar y concertar, el plan de cuidado por integrante del hogar. 2. Entregar al grupo de gestión familiar el reporte de las atenciones realizadas por los profesionales en la herramienta prevista para tal fin. 3. Registrar información en la base de datos de atenciones en salud definida por la Subred y diligenciar el Plan de cuidado individual con las recomendaciones definidas según los hallazgos y la concertación. 4. En caso de identificar eventos de interés en salud pública, realizar la notificación al subsistema correspondiente y notificar al Gestor familiar y/o su equipo de apoyo. 5. Identificar los principales cambios en el desarrollo. 6. Identificar oportunamente factores de riesgo con el fin de prevenirlos o derivarlos para su manejo oportuno. 7. Identificar y potenciar capacidades, habilidades y prácticas para promover el cuidado de la salud. 8. Cuando se requiera comunicación telefónicamente con especialistas de la Subred, quienes realizarán una teleasistencia para fortalecer la resolutividad de los profesionales en campo. 9. Establecer la prioridad de la familia: Alta, Media o Baja, según las condiciones clínicas de cada uno de los integrantes. 10. En caso de que la familia reporte que alguno de sus integrantes pertenece a población priorizada como mujeres gestantes, niños menores de cinco (5) años, personas con enfermedades crónicas, adultos mayores, personas en condición de discapacidad o dependencia, y sus cuidadores, se debe programar una nueva visita en donde el usuario este presente y reciba la atención en salud por parte del equipo. 11. Verificar para todos los usuarios valorados en el Hogar que hayan acudido a todas las atenciones definidas en el curso de vida por la Resolución 3280 de 2018 en el caso contrario, ordenar o canalizar. 12. En caso de identificar población sin aseguramiento que cumpla los criterios para afiliación por oficios debe remitir la información al grupo familiar para la gestión de la afiliación de oficio a través del Sistema de Afiliación Transaccional (SAT). 13 Entregar al grupo de gestión familiar el reporte de las atenciones realizadas por los profesionales en la herramienta prevista para tal fin. 14. En caso de encontrar una emergencia en cualquiera de sus visitas, los integrantes del Grupo Base asistirán a quien lo necesite y/o solicitarán apoyo al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias - CRUE de la Secretaría Distrital de Salud para remitir a la persona a una Institución Prestadora de Salud IPS que pueda atenderlo. 15. Realizar Canalización SIRC (para usuarios de otras EAPB que no tienen contrato vigente con la Subred). 16. Realizar valoraciones Integrales en Jornadas de Salud. 17. Realizar detección temprana de alteraciones, formulación y educación en salud. 18. Asistir a comités de salud. 19. Productos a entregar por el profesional que realiza la intervención: Historia clínica establecida en la SISS, diligenciada, Ordenes médicas (en el caso de que el usuario pertenezca a PNA, capital salud u EAPB que tenga contrato vigente con la Subred), Canalización SIRC (para usuarios de otras EAPB que no tienen contrato vigente con la Subred), Base

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 5
FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**LEYDY JHOANA TORRES VALDERRAMA**			**CC:**	**1072961019**
CORREO ELECTRÓNICO:	**CHIRLKSTORRES@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3134664899**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 24C 54 60 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**468500023899**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 5547 2025**	**N° CDP:**	**1581**	**N°. RP:**	**17141**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (03) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/06**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/08/31**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/06/01 AL 2025/06/30**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 3.978.298**					

LEYDY JHOANA TORRES VALDERRAMA
PS_5547_2025_F6932C-2025-06-16 21:07:27

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LEYDY JHOANA TORRES VALDERRAMA
CC: 1072961019
CEL: 3134664899

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LEYDY JHOANA TORRES VALDERRAMA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1072961019,** se encuentra afiliado/a desde **01/05/2017** 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 16 de junio de 2025.

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-06-05, 04:34:04 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1072478432

Periodo Cotización: mayo de 2025 **Periodo Servicio:** mayo de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8822951383

PAGADO 04/06/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LEYDY JOHANA TORRES VALDERRAMA		
Documento	CC1072961019	**Dirección**	CR 24C #54 - 60 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3134664899
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	COLMENA VIDA Y RIESGOS PROFESIONALES

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IRL	RET	RET_F	TDE	TAE	TDP	VAP	VTE	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VST	SPE	IRP	Días APO	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducación	Total
CC 1072961019	LEYDY JHOANA TORRES VALDERRAMA	59	00																0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.920.000	$ 307.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.920.000	$ 240.000	2,436	$ 1.920.000	$ 46.800	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.920.000	$ 38.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 632.400

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.920.000	$ 1.920.000	$ 1.920.000	$ 1.920.000	$ 307.200	$ 240.000	$ 46.800	$ 38.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 632.400	$ 0	$ 632.400

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellin: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del Pais: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LEYDY JHOANA TORRES VALDERRAMA identificado(a) con CC 1072961019 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	08/11/2014
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PLAZA DE LAS AMERICAS
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 16 días del mes junio del 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN

Colmena Seguros se permite certificar que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguientes datos:

NOMBRE:	TORRES VALDERRAMA LEYDY JHOANA
IDENTIFICACIÓN:	CC 1072961019
INICIO VIGENCIA:	08/06/2024
FECHA INICIO CONTRATO:	08-06-2024
FECHA FIN CONTRATO:	30-06-2025
TIPO DE TRABAJADOR:	Independiente
SEDE:	Principal
CLASE:	3
TASA:	2,436
CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA DEL TRABAJADOR:	3861001
DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en laboratorio clínico, endoscopia, patología etc., cuando se prestan a pacientes internos (Decreto 768 de 2022)

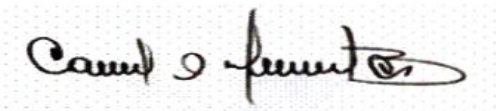
DATOS CONTRATANTE

CONTRATANTE:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
CC /NIT:	NI 900959051
CONTRATO:	95003222
ESTADO ACTUAL CONTRATO:	VIGENTE
CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO:	3861001
DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en laboratorio clínico, endoscopia, patología etc., cuando se prestan a pacientes internos (Decreto 768 de 2022)

La presente se expide a los 16 días del mes de junio del año 2025.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 6014010447 en Bogotá.

Cordialmente,



Gerente de Servicio

Colmena Seguros

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 16/06/2025 13:40:38. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
Colmena Seguros de Vida S.A. | Colmena Seguros Riesgos Laborales S.A.