PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-11-18, 05:01:55 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1076360537

Periodo Cotización: octubre de 2025 **Periodo Servicio:** octubre de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8823452738

PAGADO 15/11/2025 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	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	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 Ministerio	Total
CC 1072961019	LEYDY JHOANA TORRES VALDERRAMA	59	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 2.400.000	$ 384.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 2.400.000	$ 300.000	2,436	$ 2.400.000	$ 58.500	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 2.400.000	$ 48.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 790.500

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
$ 2.400.000	$ 2.400.000	$ 2.400.000	$ 2.400.000	$ 384.000	$ 300.000	$ 58.500	$ 48.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 790.500	$ 5.700	$ 796.200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 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.

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: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
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**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 6.000.056**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/06**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31**				

LEYDY JHOANA TORRES VALDERRAMA
PS_5547_2025_9B6721

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

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**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 27.978.522	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 6.000.056
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) 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	COMO PARTE DE LAS FUNCIONES DE APOYO ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN SISTEMATIZACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PLANES DE CUIDADO INDIVIDUALIZADOS, ESTO INCLUYE LA ORGANIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN, EL REGISTRO EN SISTEMAS PERTINENTES, LA PROGRAMACIÓN DE REUNIONES DE CONCERTACIÓN Y LA CUSTODIA ADECUADA DE LOS DOCUMENTOS GENERADOS.
2	DESDE EL ROL DE APOYO ADMINISTRATIVO, ESTA FUNCIÓN IMPLICA RECOPILAR, ORGANIZAR Y REGISTRAR DE FORMA SISTEMÁTICA LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON LAS ATENCIONES REALIZADAS POR LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO. SE DEBE ASEGURAR QUE DICHA INFORMACIÓN SEA CONSOLIDADA CORRECTAMENTE EN LA HERRAMIENTA INSTITUCIONAL DISPUESTA GAPS Y DINAMICA , Y POSTERIORMENTE REMITIDA DE MANERA OPORTUNA AL GRUPO DE GESTIÓN FAMILIAR, CUMPLIENDO CON LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS Y LOS LINEAMIENTOS DE CONFIDENCIALIDAD Y CALIDAD EN EL MANEJO DE DATOS
3	VERIFICAR QUE LA INFORMACIÓN DE LAS ATENCIONES EN SALUD HAYA SIDO REGISTRADA CORRECTAMENTE EN LA BASE DE DATOS INSTITUCIONAL DEFINIDA POR LA SUBRED GTAPS Y DINAMICA Y ASEGURAR QUE EL PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL ESTÉ DILIGENCIADO CONFORME A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS, INCLUYENDO LAS RECOMENDACIONES BASADAS EN LOS HALLAZGOS CLÍNICOS Y LA CONCERTACIÓN CON EL PACIENTE.
4	ANTE LA IDENTIFICACIÓN DE UN EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DURANTE LA ATENCIÓN O SEGUIMIENTO AL USUARIO, REALIZAR LA NOTIFICACIÓN INMEDIATA AL SUBSISTEMA CORRESPONDIENTE (COMO SIVIGILA U OTRO DEFINIDO POR LA SUBRED) SEGÚN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS, E INFORMAR OPORTUNAMENTE . A LA PERSONA REFERENTE DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA DE LA UNIDAD INFORMADORA
5	REALIZAR UN SEGUIMIENTO CONTINUO Y SISTEMÁTICO PARA DETECTAR Y DOCUMENTAR LOS CAMBIOS RELEVANTES EN EL DESARROLLO INTEGRAL DEL USUARIO, CON EL FIN DE APOYAR EL DISEÑO Y AJUSTE OPORTUNO DEL PLAN DE CUIDADO O INTERVENCIÓN.
6	REALIZAR LA DETECCIÓN OPORTUNA DE FACTORES DE RIESGO QUE PUEDAN AFECTAR LA SALUD, DESARROLLO O BIENESTAR DEL USUARIO, PARA FACILITAR SU PREVENCIÓN O DERIVACIÓN ADECUADA A SERVICIOS ESPECIALIZADOS.
7	RECONOCER Y FORTALECER LAS CAPACIDADES, HABILIDADES Y PRÁCTICAS DEL USUARIO Y SU ENTORNO QUE CONTRIBUYEN AL CUIDADO Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, PROMOVIENDO LA AUTONOMÍA Y EL BIENESTAR INTEGRAL.
8	DETERMINAR LA PRIORIDAD DE ATENCIÓN DE LA FAMILIA BASÁNDOSE EN LA EVALUACIÓN INTEGRAL DE CADA INTEGRANTE, CON EL FIN DE OPTIMIZAR LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS Y EL SEGUIMIENTO ADECUADO.
9	ASEGURAR QUE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA QUE PERTENECEN A GRUPOS PRIORIZADOS RECIBAN ATENCIÓN DIRECTA Y OPORTUNA POR PARTE DEL EQUIPO DE SALUD MEDIANTE LA PROGRAMACIÓN DE VISITAS ESPECÍFICAS. LA HERRAMIENTA DE SEGUIMIENTO ES EL APLICATIVO GTAPS , ATRAVEZ DE LAS DERIVACIONES REALIZADAS POR LOS AUXILIARES DE ENFERMERIA , PROFESIONALES DE ENFERMERIA , MEDICINA Y PSICOLOGIA
10	CONFIRMAR QUE TODOS LOS USUARIOS VALORADOS EN EL HOGAR HAYAN ASISTIDO A LAS ATENCIONES ESTABLECIDAS PARA SU ETAPA DEL CURSO DE VIDA Y GESTIONAR ORDENES O CANALIZACIONES EN CASO DE INCUMPLIMIENTO.A TRAVEZ DE LA PREADITOIA DEL APLICATIVO GTAPS, DIAMICA GERENCIAL , CANALIZACIONES SIRC Y FACTURACION

11	IDENTIFICAR A LA POBLACIÓN SIN ASEGURAMIENTO QUE CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA AFILIACIÓN POR OFICIO Y FACILITAR LA REMISIÓN DE LA INFORMACIÓN AL GRUPO FAMILIAR PARA LA GESTIÓN A TRAVÉS DEL SISTEMA DE AFILIACIÓN TRANSACCIONAL, A TRAVEZ DE LA ARTICULACION CON LOS GESTORES DE LOS EQUIPOS MEDIANTE EL LINK : PARA DILIGENCIAMIENTO DE INFORMACION DE AFILIACION
12	APOYAR EN LA CONSOLIDACIÓN Y ENTREGA DE LA INFORMACIÓN SOBRE LAS ATENCIONES REALIZADAS PARA FACILITAR LA GESTIÓN FAMILIAR Y EL SEGUIMIENTO INTEGRAL.
13	BRINDAR APOYO INMEDIATO Y COORDINAR LA ATENCIÓN ADECUADA ANTE LA DETECCIÓN DE UNA EMERGENCIA DURANTE LAS VISITAS DOMICILIARIAS DONDE LOS PROFESIONAES DE ENFERMERIA REALIZAN ANTENCION PRIMARA Y LLAMADA AL 123
14	CONTRIBUIR A LA REALIZACIÓN DE VALORACIONES INTEGRALES DURANTE LAS JORNADAS DE SALUD PARA DETECTAR NECESIDADES Y PROMOVER LA ATENCIÓN OPORTUNA. MEDIANTE LAS TOMAS TERRITORIALES POR LAS LOCALIDADES DE RAFAEL URIBE , SANCRISTOBAL , ANTONIO NARIÑO ,MARTIRES , SANTAFE Y ATRAVEZ DE AGENDAMIENTO Y RUTEO DE LAS MISMAS LOCALIDADES
15	APOYAR LA DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES EN LA SALUD, LA FORMULACIÓN DE PLANES Y LA EDUCACIÓN EN SALUD PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS USUARIOS.SEGUN CURSO DE VIDA RESOLUCION 3280/2018
16	ASISITIR A COMITES Y/O CAPACITACIONES PROGRAMADAS DURANTE EL MES
17	APOYAR EN LA RECOPILACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE DOCUMENTOS: DINAMICA GERENCIAL , GTAPS VERIFICAR LA DOCUMENTACIÓN SEGÚN EL TIPO DE USUARIO:SE RALIZA SEGUIMIENTO A LA CALIDAD DEL DATO DESDE LA DESCARGA DE INFORMACION DEL APLICATIVO GTAPS DINAMICA GERENCIAL ACTUALIZAR BASES DE DATOS: SEGUIMIENTO DE LA CALIDAD DEL DATO S DE LAS ATENCIONES REALIZADAS POR LOS PERFILES RESOLUCCION 1499 EN LAS BASES ESTABLECIDAS PARA TAL FIN DILIGENCIAR FICHAS DE NOTIFICACIÓN: FICHA DE NOTIFICACIÓN SEGÚN EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PUBLICA IDENTIFICADO Y PLAN DE CUIDADO FAMILIAR. COLABORAR EN LA ENTREGA DEL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR: MEDIANTE APLICATIVO GTAPS FACILITAR LA COMUNICACIÓN CON EL EQUIPO PROFESIONAL: TRANSMITIR OPORTUNAMENTE LA INFORMACIÓN Y PRODUCTOS GENERADOS PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL USUARIO
18	SE REALIZAN LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO. ESTAS ACTIVIDADES SE EJECUTAN CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL, QUE FORMA PARTE INTEGRAL DEL CONTRATO, GARANTIZANDO QUE TODAS LAS TAREAS ADICIONALES CONTRIBUYAN AL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE LA RESOLUCION 1499 Y SE DESARROLLEN BAJO CRITERIOS DE EFICIENCIA, RESPONSABILIDAD Y CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES.

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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1075692257	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/10/10	$ 300.004
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/10/10	$ 384.005
RIESGOS LABORALES:	COLMENA	2025/10/10	$ 58.465
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 742.474

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_9B6721* **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_9B6721* **BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**