

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LEIDY VANESA CASTRO RENDON			CC:	1023965113
CORREO ELECTRÓNICO:	LEIDYVANESACASTRORENDON@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3180200038
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 40A BIS 2 03 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	0550488422357316
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 4341 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 759.000	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/06/17	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/19 AL 2026/06/30				
 LEIDY VANESA CASTRO RENDON PS_4341_2026_A08494 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LEIDY VANESA CASTRO RENDON CC: 1023965113 CEL: 3180200038					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
LEIDY VANESA CASTRO RENDON				
CON C.C N°		1.023.965.113		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE FARMACIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 4341 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/06/17
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 1.098.020	No. HORAS EJECUTADAS	60	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 3.450.920	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 759.000	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO			
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	Desempeño mis funciones apoyando todas las actividades del Servicio Farmacéutico del Hospital San Blas, garantizando el adecuado manejo, control y cumplimiento de la normatividad vigente relacionada con los medicamentos y dispositivos médicos.			
2	Recibo, verifico y almaceno los medicamentos y dispositivos médicos, realizando controles ambientales y de inventarios mensuales en las farmacias y bodegas asignadas. Entrego los medicamentos y dispositivos médicos con su respectivo registro y control, asegurando el cumplimiento de los procedimientos establecidos, especialmente para los medicamentos de control especial y los no incluidos en el Plan de Beneficios.			
3	Apoyo las labores de limpieza y organización del servicio, siguiendo los protocolos institucionales. Brindo una atención humana, cálida y diligente a todos los usuarios que requieren el servicio de farmacia, garantizando calidad en la atención. Cumpro las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental establecidas por el Hospital San Blas.			
4	Llevo registro de todas las actividades y procedimientos asignados, manteniendo actualizados los formatos e informes requeridos por la entidad. Participo activamente en jornadas de capacitación, inducción, reuniones y demás actividades convocadas por la institución.			
5	Cumpro la programación establecida para el servicio, informando oportunamente cualquier cambio y asegurando el desarrollo eficiente de las actividades. Realizo el control de rotación y vencimiento de medicamentos y dispositivos médicos, demostrando gestión para evitar pérdidas.			
6	Brindo información adecuada al usuario sobre la correcta dispensación de medicamentos y aplico los subsistemas del Sistema Integrado de Gestión de Calidad adoptados por la Subred Centro Oriente. Finalmente, desarrollo mis actividades en cualquiera de las unidades de la Subred a las que sea asignado, de acuerdo con las necesidades del servicio y las directrices del supervisor.			
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 (2026-06-19) AL (2026-06-30)				
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:		
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	

SALUD:	CAPITAL SALUD		\$ 0
PENSIÓN:	COLFONDOS		\$ 0
RIESGOS LABORALES:	COLMENA		\$ 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, pensión, 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	 LEIDY VANESA CASTRO RENDON PS_4341_2026_A08494 LEIDY VANESA CASTRO RENDON CC: 1023965113		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA PS_4341_2026_A08494 ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA SUPERVISOR ALTERNO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO PS_4341_2026_A08494 MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO SUPERVISOR DEL CONTRATO		



CERTIFICA

Que la señora LEIDY VANESA CASTRO RENDON, con tipo de documento Cédula de Ciudadanía No. 1023965113 se encuentra activo en nuestra base de datos del Régimen Contributivo en la ciudad de Bogota, por la Empresa CAFAM, NIT/CC 860013570 en calidad de DEPENDIENTE, desde el 21 de julio de 2021.

Se expide el día 2 de julio de 2026a solicitud del interesado.

Información sujeta a verificación por parte de CAPITAL SALUUD EPS-S cualquier informacion adicional será atendida con gusto en nuestra línea de atención al usuario 01 8000 122219.

Cordialmente,
CAPITAL SALUD EPS-S
Proyectó: COORDINACION DE OPERACIONES



CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese**

02/07/2026

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor LEIDY CASTRO RENDON** con **Cédula de Ciudadanía** número **1023965113**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	0550488422357316
Fecha de apertura	14/07/2021

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA



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: CASTRO RENDON LEIDY VANESA

IDENTIFICACIÓN: CC 1023965113

INICIO VIGENCIA: 01/06/2026

TIPO DE TRABAJADOR: Dependiente

SEDE: PRINCIPAL

CLASE: 5

TASA: 6,96

CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO DEL TRABAJADOR: 5861001

DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO DEL TRABAJADOR: Actividades de hospitales y clínicas, con internación, incluye el servicio de personal médico general y especializado y paramédico en: servicios de apoyo diagnóstico: imagenología (rayos (Decreto 768 de 2022)

DATOS CONTRATANTE

RAZÓN SOCIAL: I.P.S GOLEMAN SERVICIO INTEGRAL S.A.S.

CC /NIT: NI 900231829

CONTRATO: 1208908

ESTADO ACTUAL CONTRATO: VIGENTE

CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL DE LA EMPRESA: 3869201

DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades de apoyo terapéutico, incluye actividades de enfermeros, fisioterapeutas, terapistas respiratorios, terapistas ocupacionales, fonoaudiólogos u otro personal paramédico como (Decreto 768 de 2022)

La presente se expide a los 03 días del mes de julio del año 2026.

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

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) LEIDY VANESA CASTRO RENDON identificado(a) con C.C No. 1.023.965.113, se encuentra afiliado(a) a Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 02 de julio del 2026.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Gerencia de cuentas y recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías