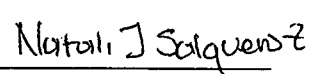
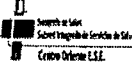
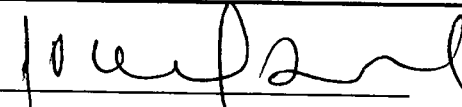
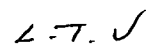


 <div>Ministerio de Salud Servicio Integral de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y		
NATALI JOHANA SALGUERO ZARATE		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.022.359.865
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR	
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5198 2024	FECHA INICIO CONTRATO 24/10/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 6.970.808	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 18.995.452	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 5.228.106
Nº DE INFORME:	5	Nº CRP: 44724 Nº CDP: 3662
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05	
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES		
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	3	TIPO DE MODIFICACIÓN
VALOR ADICIONADO	\$ 1.568.432	CDP DE LA ADICIÓN: 4053
VALOR ADICIONADO	\$ 5.228.106	CDP DE LA ADICIÓN: 4120
VALOR ADICIONADO	\$ 5.228.106	CDP DE LA ADICIÓN: 46
III. POLIZAS		
¿FACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO X
Nº DE PÓLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA	FECHA DE APROBACIÓN:	
ITEM	IV. 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	SE REALIZA LA VERIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS TANTO POR LOS COLABORADORES CON PERFIL DE PROMOTOR, PSICOLOGIA Y ENFERMERIA QUE FUERON CARGADAS EN EL APLICATIVO GTAPS	
2	SE REALIZA VERIFICACIÓN DE LAS PLANILLAS DE FIRMAS DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN CAMPO Y POSTERIORMENTE REGISTRADAS EN EL APLICATIVO	
3	ASIGNACIÓN DE FAMILIAS PARA POSTERIOR ABORDAJE POR LOS PROMOTORES DE SALUD PARA LA ESTRATEGIA RUTEO.	
4	ASIGNACION DE FAMILIAS PARA POSTERIOR ABORDAJE POR LOS PERFILES PROFESIONALES DE ENFERMERIA Y PSICOLOGIA A PARTIR DE LA DERIVACIÓN REALIZADA POR LOS PROMOTORES DE SALUD	
5	ASIGNACIÓN DE USUARIOS EN LAS AGENDAS CREADAS PARA LA ATENCION DE USUARIOS CON CONDICIONES CRONICAS NO TRANSMISIBLES SIN CONTROL POR LOS PROFESIONALES DE MEDICINA - ARTICULACION CON EL PROCESO DE FACTURACION DEL CENTRO DE SALUD PERSEVERANCIA	
6	SE ASISTE AL FORTALECIMIENTO EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA CONVOCADA POR LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD	
7	SE REALIZA GESTION DOCUMENTAL DE LOS DOCUMENTOS ENTREGADOS POR LOS PERFILES A CARGO	
8	SE REDACTA EL INFORME DE GESTION DEL MES DE DICIEMBRE DE LAS LOCALIDADES DE ANTONIO NARIÑO, SANTA FE, MARTIRES Y LA CANDELARIA A PARTIR DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS Y CARGADAS EN EL APLICATIVO GTAPS.	
9	SE REALIZA LA CERTIFICACION DE LOS COLABORADORES A CARGO, VERIFICANDO EL CUMPLIMIENTO DE LAS HORAS DE FORTALECIMIENTO Y HORAS OPERATIVAS	
10	PROGRAMACION DE LA RUTA ASIGNADA PARA EL DESPLAZAMIENTO DE LOS COLABORADORES A CARGO DE ACUERDO A LA SOLICITUD REALIZADA POR CADA UNO	
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL		
Nº. DE PLANILLA:	7952350573	OPERADOR: SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	07/01/2025 \$ 261.500
PENSIÓN:	PORVENIR	07/01/2025 \$ 334.600
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	07/01/2025 \$ 51.000
OTRO	CCF COMPENSAR	07/01/2025 \$ 41.900
TOTAL PAGADO		\$ 689.000
VI. 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 íbc se calculó 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		
Natali J Salguero Z		
NATALI JOHANA SALGUERO ZARATE NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 1.022.359.865 CEL: 3102419936		

		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: 6 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	NATALI JOHANA SALGUERO ZARATE		CC:	1.022.359.865	
CORREO ELECTRÓNICO:	natis89@outlook.com		RUT (NIT):		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 24H 26 09 SUR		TELÉFONO:	3102419936	
			CIUDAD:	BOGOTÁ	
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.					
NO tomaré costos y deducciones			(X)		
SI tomaré costos y deducciones			()		
La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y párrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.					
Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación			SI ()	NO (X)	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	AV VILLAS		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					4907106
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 5198 2024	Nº CDP:	3662	Nº CRP:	44724
					PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRÓRROGAS:
					TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	9/02/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:
					18.995.452
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/01/2025 AL 31/01/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 5.228.106				
CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL CIENTO SEIS PESOS M/CTE					
					
NOMBRE: NATALI JOHANA SALGUERO ZARATE CC 1.022.359.865 CEL 3102419936					

 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: 6 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	NATALI JOHANA SALGUERO ZARATE	CC:	1.022.359.865
CORREO ELECTRÓNICO:	natis89@outlook.com	RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 24H 26 09 SUR	TELÉFONO:	3102419936
		CIUDAD:	BOGOTÁ
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.			
NO tomaré costos y deducciones		(X)	
SI tomaré costos y deducciones		()	
La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y párrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.			
Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación		SI ()	NO (X)
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	AV VILLAS	TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		Nº CUENTA:	4907106
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)			
Nº DEL CONTRATO:	PS 5198 2024	Nº CDP:	46
		NºCRP:	
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	9/02/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/01/2025 AL 31/01/2025		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 5.228.106		
	CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL CIENTO SEIS PESOS M/CTE		
Natali J Salguero Z NOMBRE: NATALI JOHANA SALGUERO ZARATE CC 1.022.359.865 CEL 3102419936			

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-1A-FT-078	
		APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN		VERSIÓN: 2	
		FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			NATALI JOHANA SALGUERO ZARATE		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.022.359.865		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5198 2024		FECHA INICIO CONTRATO	24/10/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 6.970.808			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 18.995.452		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 5.228.106	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	5	Nº CRP INICIAL:	44724	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	3662
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	7952350573		OPERADOR:	SOI	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (3)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):		ADICIÓN (3)	PRÓRROGA (3)
VALOR ADICIONADO	\$ 1.568.432	CDP DE LA	4053	RP DE LA	49730
VALOR ADICIONADO	\$ 5.228.106	CDP DE LA	4120	RP DE LA	50833
VALOR ADICIONADO	\$ 5.228.106	CDP DE LA	46	RP DE LA	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO		X	
Nº DE PÓLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:				
FECHA DE LA PÓLIZA	ACTO ADMINISTRATIVO DE				
IV. 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 descuentos 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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 01/01/2025 AL 31/01/2025					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:					
		NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: LORENZA BECERRA CAMARGO CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			
					
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: LILIANA TELLEZ VALBUENA PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR			

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1022359865
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	NATALI JOHANA SALGUERO ZARATE SALGUERO ZARATE	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 29 A SUR 26 B 32	TÉLEFONO: 4628426
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades de apoyo
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7952350573	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: diciembre	PERIODO COTIZACIÓN MES: diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD: AÑO: 2024
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/01/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1172076468

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
NIT	CÓDIGO	ADMINISTRADORA		
		NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 334.600
SUBTOTAL:			1	\$ 334.600
SALUD				
NIT	CÓDIGO	ADMINISTRADORA		
		NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	\$ 261.500
SUBTOTAL:			1	\$ 261.500
CAJA DE COMPENSACIÓN				
NIT	CÓDIGO	ADMINISTRADORA		
		NOMBRE		
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	\$ 41.900
SUBTOTAL:			1	\$ 41.900
RIESGOS PROFESIONALES				
NIT	CÓDIGO	ADMINISTRADORA		
		NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 51.000
SUBTOTAL:			1	\$ 51.000

VALOR SIN MORA:	\$ 689.000
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 689.000

