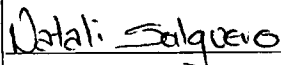
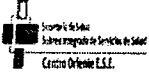


 GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES Ministerio de Salud Subsecretaría de Servicios de Salud Caracas Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION				CÓDIGO: AP-JA-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 N°.				PS 5198 2024		FECHA INICIO CONTRATO		24/10/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		S 6.970.808		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO		UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		S 18.995.452		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		S 1.568.431			
N° DE INFORME:		6		N° CRP:		44724		N° 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									
N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		3		TIPO DE MODIFICACIÓN		ADICIONES		3	
VALOR ADICIONADO		S 1.568.432		CDP DE LA ADICIÓN:		4053		CRP DE LA ADICIÓN: 49630 TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES	
VALOR ADICIONADO		S 5.228.106		CDP DE LA ADICIÓN:		4120		CRP DE LA ADICIÓN: 50833 TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES	
VALOR ADICIONADO		S 5.228.106		CDP DE LA ADICIÓN:		46		CRP DE LA ADICIÓN: 7794 TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES	
III. POLIZAS									
¿FACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?				SI		NO		X	
N° DE PÓLIZA:				NOMBRE DE LA ASEGURADORA:					
FECHA DE LA PÓLIZA				FECHA DE APROBACIÓN:					
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)									
ITEM									
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 LAS LOCALIDADES DE ANTONIO NARINO, SANTAPE, 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:		7955320381		OPERADOR:		SOI			
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO		VALOR PAGADO			
SALUD:		SANITAS		11/02/2025		\$ 261.500			
PENSIÓN:		PORVENIR		11/02/2025		\$ 334.600			
RIESGOS LABORALES:		POSITIVA		11/02/2025		\$ 51.000			
OTRO		CCF COMPENSAR		11/02/2025		\$ 41.900			
TOTAL PAGADO						\$ 689.000			
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA									
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro. 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde 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 scop 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 periodo correspondiente									
 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.		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: 28/2/2025					
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 parágrafo 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	N° CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)					
					4907106
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
N° DEL CONTRATO:	PS 5198 2024	N° CDP:	4053	N°CRP:	44724
				PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:	
				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:	01/02/2025 AL 09/02/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 1.568.431				
	UN MILLON QUINIENTOS SESENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y UN PESOS M/CTE				
Natali Salguero 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 INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2 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 PRESTACIÓN 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:	\$ 1.568.431	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	6	Nº CRP INICIAL:		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:	7955320381	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):		
VALOR ADICIONADO	\$ 1.568.432	CDP DE LA	4053	RP DE LA 49630
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 7794
III. POLIZAS (SI APLICA)				
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X	
Nº DE PÓLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:			
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 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 scop 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 01/02/2025 AL 09/02/2025				
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		



**Tu pago se realizó
con éxito**

No. de autorización

525655

Valor \$689.000

Desde Ahorros No. **** 7106

Hacia No. 9998300785126

Fecha y hora 10/02/2025 - 12:00 am

IP de origen 191.156.51.66

Si tienes dudas nos puedes contactar de la siguiente forma:

Línea nacional: +57 01 8000 51 8000