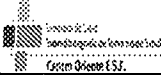


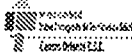
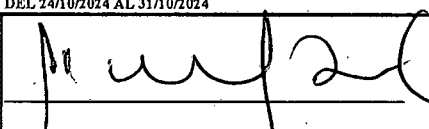
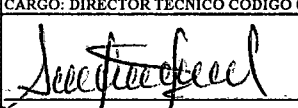
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 1 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS 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 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES N.º:		PS 5198 2024		FECHA INICIO CONTRATO:	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:		\$ 6.970.808		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 6.970.808		UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS	
N.º DE INFORME:		1		N.º CRP:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PROROGAS:		UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
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.º DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		N/A		TIPO DE MODIFICACIÓN:	
VALOR ADICIONADO:		\$		ADICIONES:	
N.º DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		N/A		TIPO DE MODIFICACIÓN:	
VALOR ADICIONADO:		\$		ADICIONES:	
N.º DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		N/A		TIPO DE MODIFICACIÓN:	
VALOR ADICIONADO:		\$		ADICIONES:	
III. POLIZAS					
N.º DE PÓLIZA:		N/A		TIPO DE MODIFICACIÓN:	
FECHA DE LA PÓLIZA:		N/A		TIPO DE MODIFICACIÓN:	
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, 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	PARA DAR INICIO A LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO, SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA DE ASISTENCIAS TÉCNICAS Y FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES PROGRAMADAS POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD.				
2	VERIFICAR LA ASISTENCIA A LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS Y FORTALECIMIENTOS PROGRAMADOS POR LA SDS. VERIFICACIÓN DE LA ENTREGA DE SOPORTES DEL CURSO DEL MODELO MAS BIENESTAR Y ACTA DE APROPIACIÓN DE LINEAMIENTOS.				
3	ASISTIR A LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS Y FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES PROGRAMADAS POR LA SUBRED Y LA SDS. 21 DE OCTUBRE: GENERALIDADES DE LA OPERACIÓN (AUDITORIO CORABASTOS). 22 DE OCTUBRE: GESTIÓN FAMILIAR E INDIVIDUAL (AUDITORIO HOSPITAL BOSA IV NIVEL). 24 DE OCTUBRE: NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA (VIRTUAL). 25 DE OCTUBRE: ACTIVACIÓN DE RUTAS Y CANALIZACIONES (VIRTUAL) - ESTRATEGIAS INTEGRALES SALUD AMBIENTAL (CAMI PERLAS). 28 DE OCTUBRE: ASEGURAMIENTO EN SALUD (VIRTUAL) - APLICATIVO (ASUNCIÓN BOCHICA) - ELAS (VIRTUAL)				
4	RECEPCIÓN Y ARCHIVO DE ACTAS DE APROPIACIÓN DE LINEAMIENTOS DE LOS PROFESIONALES Y PROMOTORES A CARGO.				
5	SE REALIZA LA VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS DURANTE LA SEGUNDA QUINCENA DEL MES DE OCTUBRE DE LOS PERFILES A CARGO. SE REALIZA LA CERTIFICACIÓN DE HORAS DE LOS PERFILES A CARGO DE ACUERDO A LAS ACTIVIDADES EFECTUADAS DURANTE EL PERÍODO				
6					
7					
8					
9					
10					

11	
12	
13	
14	
15	

VI. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
Nº. DE PLANILLA	N/A		OPERADOR	N/A
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD	SANITAS	N/A	\$	-
PENSION	PORVENIR	N/A	\$	-
RHSOS LABORALES	POSITIVA	N/A	\$	-
OTRO	N/A	N/A	\$	-
TOTAL PAGADO				\$0

VII. 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 Ibo 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 1.5MMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, url, pension, rut) 3.- Que adjunto evidencia del cargo 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.	
<p align="center">VII. ANEXOS (Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)</p> <p align="center">Adjuntar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente</p>	
<p>Natali J Salguero</p> <p>NATALI JOHANA SALGUERO ZARATE NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 1.022.359.865 CEL: 3102419936</p>	

		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: 30/11/2024					
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			
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	4907106
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
N° DEL CONTRATO	PS 5198 2024	N° CDP:	3662	N° RP:	44724
PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS					
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:			31/11/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES :					\$ 6.970.808
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 24/10/2024 AL 31/10/2024				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 1.219.891				
UN MILLON DOSCIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y UN 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 APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-1A-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		
NUMERO 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		\$ 6.970.808		VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR: \$ 1.219.891	
N° PAGO / N° DE INFORME		1		N° CRP INICIAL: 44724 N° CDP INICIAL DEL CONTRATO: 3662	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS			
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		N/A		OPERADOR: N/A	
PROCESO EN DONDE SE EJECITARON 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					
N° DE MODIFICACIÓN:		N° ()		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRORROGA):	
VALOR ADICIONADO		\$		ADICION () PRORROGA ()	
		CDP DE LA		IRP DE LA TIEMPO (MESES O DIAS)	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
N° DE POLIZA:				NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA POLIZA:				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 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 DEL 24/10/2024 AL 31/10/2024					
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: SANTIAGO SERRANO ROJAS PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR			



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

CERTIFICA

Que Natali Johana Salguero Zarate, identificado(a) con CC número 1022359865, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1022359865
NOMBRES Y APELLIDOS	Natali Johana Salguero Zarate
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	29/09/1989
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/12/1999
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	448 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	47 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	02/01/2012
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1022359865 Trabajador Independiente
Desde 01/08/2024 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA
1022359865 NATALI JOHANA SALGUERO ZARATE Desde
01/02/2020 Hasta 31/07/2024



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

NATALI JOHANA SALGUERO ZARATE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.022.359.865**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Noviembre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **NATALIA JOHANA SALGUERO ZARATE** identificado con CC No. **1022359865**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E - NI. 900959051	Fecha de inicio de cobertura: 01/01/2024 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 01/01/2024 Fecha fin de Contrato: 31/12/2024 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 3

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401021237084.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 11 días del mes de noviembre de 2024.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

