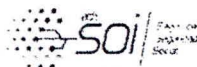


	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE 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:	\$ 13.767.346	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 3.659.674
Nº DE INFORME:	4	Nº CRP: 44724 Nº CDP: 3662
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA - DIRECTOR ENCARGADO	
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES		
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	2	TIPO DE MODIFICACIÓN ADICIONES 2 PRORROGAS 2
VALOR ADICIONADO	\$ 1.568.432	CDP DE LA ADICIÓN: 4053 CRP DE LA ADICIÓN: 49730 TIEMPO PRORROGADO: NUEVE (9) DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 5.228.106	CDP DE LA ADICIÓN: 4120 CRP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
III. POLIZAS		
¿PACTÓ 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	
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 INFORMA DE GESTION DEL MES DE NOVIEMBRE 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:	7952350311	OPERADOR: SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	09/12/2024 \$ 261.500
PENSIÓN:	PORVENIR	09/12/2024 \$ 334.600
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	09/12/2024 \$ 51.000
OTRO	CCF COMPENSAR	09/12/2024 \$ 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 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 SMMVL (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación 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 periodo correspondiente		
Natali J Salguero Z		
NATALI JOHANA SALGUERO ZARATE NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 1.022.359.865 CEL: 3102419936		

 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 - GESTIÓN 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: 31/12/2024					
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	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	4907106
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 5198 2024	Nº CDP:	4120	Nº. RP:	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DOS (2) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	9/01/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES : \$ 13.767.346
PERIODO OBJETO DE COBRO:	10/12/2024 AL 31/12/2024				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 3.659.674				
	TRES MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE				
Natali J Salguero 7 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		
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:	\$		13.767.346	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.659.674
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	4		Nº CRP INICIAL:	44724	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 3662
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		7952350311		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:		LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA - DIRECTOR ENCARGADO			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (2)		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):		
VALOR ADICIONADO	\$ 1.568.432	CDP DE LA ADICIÓN: 4053	RP DE LA ADICIÓN: 49730	ADICION (2)	PRORROGA (2)
VALOR ADICIONADO	\$ 5.228.106	CDP DE LA ADICIÓN: 4120	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO: NUEVE (9) DIAS	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
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 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 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 10/12/2024 AL 31/12/2024					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:					
		NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA CARGO: DIRECTOR ENCARGADO			
					
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA PERFIL: PROFESIONAL APOYO			



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Banco AV Villas

5198

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:	7952350311	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: noviembre	PERIODO COTIZACIÓN: MES: noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD: AÑO: 2024
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/12/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1108313768

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						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
800224808	230301	230301-PORVENIR			1	\$ 334.600
SUBTOTAL:					1	\$ 334.600
SALUD						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.			1	\$ 261.500
SUBTOTAL:					1	\$ 261.500
CAJA DE COMPENSACIÓN						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR			1	\$ 41.900
SUBTOTAL:					1	\$ 41.900
RIESGOS PROFESIONALES						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	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