

		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-1A-ET-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	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 6.970.888		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 8.539.240		UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS	
Nº DE INFORME:		3		Nº CRP:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		UN (1) MES Y DIECINUEVE (19) DIAS		Nº CDP:	
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:		1		TIPO DE MODIFICACIÓN	
VALOR ADICIONADO		\$ 1.568.432		ADICIONES	
CDP DE LA ADICIÓN:		4053		CRP DE LA ADICIÓN:	
PRORROGAS		1		TIEMPO PRORROGA DO:	
(9) NUEVE DIAS		49730		PRORROGA DO:	
III. POLIZAS					
¿FACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:		51		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA		NO		FECHA DE APROBACIÓN:	
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		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 AGENCIAS 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 GESTIÓN 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:		17452350377		OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		SANTAS		29/12/24	
PENSIÓN:		PORVENIR		29/12/24	
RIESGOS LABORALES:		POSITIVA		29/12/24	
OTRO		N/A		29/12/24	
TOTAL PAGADO		261.500		234.600	
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA		41.900		51.000	
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 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, iuf)		3.- Que adjunto evidencia del cargo: en el aplicativo scope 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					

 SURSED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-1A-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
Atestado 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.			
Régimen 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: NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	AV VILLAS	TIPO DE CUENTA:	AHORROS
		N° CUENTA:	084907106
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA (ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO))			
N° DEL CONTRATO:	PS 5198 2024	N° CDP:	4053
		N° RP:	49730
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/08/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	9/12/2024
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/12/2024 AL 09/12/2024		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$	1.568.432	
UN MILLON QUINIENTOS SESENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS M/TE			
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 CONTRATACION FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-4A-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 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		24/10/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$		6.970.808	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 8.539.240		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 1.568.432	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		3		Nº CRP INICIAL: 44724 Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO: 3662	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		UN (1) MES 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:		LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:		Nº (1)		TIPO DE MODIFICACION (ADICIÓN - PRORROGA):	
VALOR ADICIONADO		\$ 1.568.432		ADICION (1) PRORROGA (1)	
CDP DE LA ADICIÓN:		4053		CRP DE LA ADICIÓN: 44730 TIEMPO PRORROGADO: (9) NUEVE DIAS	
III. PÓLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTO PÓLIZAS 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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 01/12/2024 AL 09/12/2024					
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			

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	TELÉFONO:	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