

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 – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09		
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y						
NATALI JOHANA SALGUERO ZARATE						
CON C.C Nº				1.022.359.865		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS 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 7124331-2024 CONVENIO MAS BIENESTAR				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.			PS 5825 2025		FECHA INICIO CONTRATO 26/6/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$	6.296.462	No. HORAS EJECUTADAS	N/A	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$	6.296.462	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 5.396.904	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		TREINTA Y CINCO (35) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO0 05			
II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)						
ITEM						
1	Realizar recepción de formatos de firmas de las caracterizaciones realizadas por los gestores en salud durante el mes de julio					
2	Realizar verificación de los formatos de firmas de los seguimientos realizados a los diferentes eventos VSP por los profesionales de enfermería y psicología durante el mes de julio.					
3	Asistencia a jornadas de salud en los pagadarios con acompañamiento de la SDS y la SDIS.					
4	Asistencia a tomas barriales realizadas con los equipos de gestores en salud en los sectores catastrales determinados por los profesionales de geografía.					
5	Realizar inducción y reintroducción a los colaboradores de los EBEH a cargo.					
6	Asistir a asistencias técnicas y mesas de trabajo realizadas por la SDS.					
7	Realizar el informe de gestión del mes de junio para el apartado de enfermería.					
8	Realizar reunión de equipo con los colaboradores a cargo					
9	Realizar acompañamiento en campo a colaboradores.					
10	Asistir a comité de cuidado de los EBEH.					
11	Asistir al comité realizado por SDS					
III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS						
SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERÍODO EJECUTADO 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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/07/2025) AL (31/07/2025)						
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL						
No. DE PLANILLA:	7975196911 / 7978881951		OPERADOR:	SOI		
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO		VALOR PAGADO		
SALUD:	SANITAS	09/07/2025		\$ 178.000		
PENSIÓN:	PORVENIR	09/07/2025		\$ 227.800		
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	11/07/2025		\$ 34.700		
OTRO	COMPENSAR	09/07/2025		\$	28.500	
TOTAL PAGADO				\$ 469.000		
V. 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 SMMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion 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.						
VI. ANEXOS (Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)						
Anexar evidencias fotograficasy/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente						
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA			Natali Johana Salguero Zarate NATALI JOHANA SALGUERO ZARATE CC No 1022359865			
FIRMA DE QUIEN VALIDA			LILIANA TELLEZ VALBUENA SUPERVISOR ALTERNO			
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERÍODO DE PAGO:			LORENZA BECERRA CAMARGO SUPERVISOR DEL CONTRATO			

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/07/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	NATALI JOHANA SALGUERO ZARATE	CC:	1022359865
CORREO ELECTRÓNICO:	natis89@outlook.com	TELÉFONO:	3102419936
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 10 60 65 SUR	CIUDAD:	BOGOTA

Manifiesto bajo la gravedad del juramento

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.

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO AVVILLAS	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	4907106
--------------------------	----------------	-----------------	---------	------------	---------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 5825 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 5.396.904
FECHA DE INICIO CONTRATO	26/06/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/07/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/07/2025 AL 31/07/2025		

Natali J Salguero
NATALI JOHANA SALGUERO ZARATE
C.C 1022359865
Cel: 3102419936

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 terapéutico.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7978881951	
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: junio	PERIODO COTIZACIÓN: N-CORRECCIONES
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	PERIODO COTIZACIÓN: MES: junio
DÍAS DE MORA:	0	AÑO: 2025
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/07/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1621395827
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7975196911	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA: 2025/07/09

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 0
SUBTOTAL:			1	\$ 0
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	\$ 0
SUBTOTAL:			1	\$ 0
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	\$ 0
SUBTOTAL:			1	\$ 0
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 34.700
SUBTOTAL:			1	\$ 34.700

VALOR SIN MORA:	\$ 34.700
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 34.700

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1022359865
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	NATALI JOHANIA SALGUERO ZARATE SALGUERO ZARATE	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO:	BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 29 A SUR 26 B 32 TELÉFONO:	4528426
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de apoyo terapéutico.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7975196911	TIPO DE PLANILLA:
PERÍODO COTIZACIÓN:	MES: junio	PERÍODO COTIZACIÓN
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD:
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/ddd):	2025/07/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:
		1614249504

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				
8002248088	230301	230301-PORVENIR		1		\$ 227.800
SUBTOTAL:				1		\$ 227.800
SALUD						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.		1		\$ 178.000
SUBTOTAL:				1		\$ 178.000
CAJA DE COMPENSACIÓN						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8600669427	CCF24	CCF24-COMPENSAR		1		\$ 28.500
SUBTOTAL:				1		\$ 28.500

VALOR SIN MORA:	\$ 434.300
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 434.300

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA											
TIPO IDENTIFICACIÓN		CÉDULA DE CIUDADANÍA		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN		NATALI JONANA SALGUERO ZARATE		1022559805		NÚMERO PLANILLA		7078001901		TIPO DE PLANILLA		PERIODO COTIZACIÓN SALUD		MAYO AÑO		N CORRECCIONES	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL		DEPARTAMENTO		BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL		4629426		MES		junio AÑO		2025		PERIODO COTIZACIÓN SALUD		MAYO AÑO		2025	
CIUDAD/MUNICIPIO		BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL		DEPARTAMENTO		BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL		4629426		DÍAS DE MORA		0		NÚMERO AUTORIZACIÓN		1821350827		FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA		2025/07/09	
DIRECCIÓN		CALLE 29 A SUR 26 N 32 APARTAMENTO 401		TELÉFONO		1-INDICIDENTE		ACTIVIDADES DE APOYO TERAPÉUTICO		FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)		2025/07/11		NÚMERO AUTORIZACIÓN		1821350827		FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA		2025/07/09	
TIPO APORTANTE		02-INDICIDENTE		CLASE APORTANTE		PRIVADA		ACTIVIDAD ECONOMICA		NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA		7078100911		NÚMERO AUTORIZACIÓN		1821350827		FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA		2025/07/09	
TIPO EMPRESA		FORMA DE PRESENTACIÓN		UNICO		ACTIVIDAD ECONOMICA		ACTIVIDADES DE APOYO TERAPÉUTICO		NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA		7078100911		NÚMERO AUTORIZACIÓN		1821350827		FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA		2025/07/09	
FORMA DE PRESENTACIÓN		UNICO		ACTIVIDAD ECONOMICA		ACTIVIDADES DE APOYO TERAPÉUTICO		ACTIVIDADES DE APOYO TERAPÉUTICO		NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA		7078100911		NÚMERO AUTORIZACIÓN		1821350827		FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA		2025/07/09	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, BENA E ICDF (REFORMA TRIBUTARIA)		UNICO		ACTIVIDAD ECONOMICA		ACTIVIDADES DE APOYO TERAPÉUTICO		ACTIVIDADES DE APOYO TERAPÉUTICO		NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA		7078100911		NÚMERO AUTORIZACIÓN		1821350827		FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA		2025/07/09	

TOTAL APORTES A PENSION										TOTAL APORTES A SALUD									
APORTES VOLUNTARIOS					APORTES A SALUD					APORTES A RIESGOS PROFESIONALES					APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR				
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	Nº COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO		
230301	230301	PORVENIR	1																
SUBTOTAL:										SUBTOTAL:									

TOTAL APORTES A PENSION										TOTAL APORTES A SALUD									
APORTES VOLUNTARIOS					APORTES A SALUD					APORTES A RIESGOS PROFESIONALES					APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR				
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	Nº COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO		
EP5005	EP5005	SANTAS S.A.	1																
SUBTOTAL:										SUBTOTAL:									

TOTAL APORTES A PENSION										TOTAL APORTES A SALUD									
APORTES VOLUNTARIOS					APORTES A SALUD					APORTES A RIESGOS PROFESIONALES					APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR				
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	Nº COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO		
14-25	14-25	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.	1																
SUBTOTAL:										SUBTOTAL:									

TOTAL APORTES A PENSION										TOTAL APORTES A SALUD									
APORTES VOLUNTARIOS					APORTES A SALUD					APORTES A RIESGOS PROFESIONALES					APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR				
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	Nº COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO		
CCF24	CCF24	COMPENIAR	1																
SUBTOTAL:										SUBTOTAL:									

TOTAL APORTES A PENSION										TOTAL APORTES A SALUD									
APORTES VOLUNTARIOS					APORTES A SALUD					APORTES A RIESGOS PROFESIONALES					APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR				
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	Nº COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO		
230301	230301	PORVENIR	1																
EP5005	EP5005	SANTAS S.A.	1																
14-25	14-25	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.	1																
CCF24	CCF24	COMPENIAR	1																

TOTAL PAGADO: \$ 34.700

TOTAL PAGADO:		\$ 434.300
---------------	--	------------



¡Hola, Natali Johana Salguero Zarate!

Estado de la Transacción: **Aprobada**

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 34.700

Empresa: SOI ACH

Descripción: Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafiscales

Fecha de la transacción: 11/07/2025

CUS: 1621395827

Gracias por utilizar nuestro servicio.



¡Hola, Natali Johana Salguero Zarate!

Estado de la Transacción: **Aprobada**

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 424.200

Empresa: SOI ACH

Descripción: Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafiscales

Fecha de la transacción: 08/07/2025

CUS: 1614249504

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten en cuenta estos tips de seguridad:

