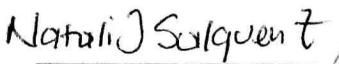
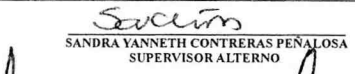


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA 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:		\$ 11.693.429		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 5.396.904	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		DOS (2) MESES Y SEIS (6) 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. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, 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 agosto				
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 agosto				
3	Asistencia a jornadas de salud en los pagadarios con acompañamiento de la SIDS y la SIDS				
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 SIDS				
7	Realizar el informe de gestión del mes de julio 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	Seguimiento al cargue en el aplicativo Gtapps por parte de los colaboradores a cargo				
12	Realizar preauditoria a los colaboradores a cargo				
13	Apoyo en el proceso de auditoria desarrollado por la SIDS				
14	Apoyo en el desarrollo de las jornadas efectuadas en las Unidades de Reacción Inmediata con población privada de la libertad				
15	Realizar preentrega a los formatos diligenciados por los colaboradores a cargo (planilla de firmas, fichas de notificación)				
III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS					
SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO Y SE APROBABA PARA EL PAGO RESPECTIVO.					
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 (01/08/2025) al (31/08/2025)					
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		7978458011		OPERADOR:	
				SOI	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:		SANITAS	19/8/2025	\$ 269.900	
PENSIÓN:		PORVENIR	19/8/2025	\$ 345.500	
RIESGOS LABORALES:		POSITIVA	19/8/2025	\$ 52.600	
OTRO		COMPENSAR	19/8/2025	\$ 43.200	
TOTAL PAGADO				\$ 711.200	
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 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, 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 fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente					
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA		 NATALI JOHANA SALGUERO ZARATE CC No 1022359865			
FIRMA DE QUIEN VALIDA		 SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA SUPERVISOR ALTERNO			
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		 LORENZA BECERRA CAMARGO SUPERVISOR DEL CONTRATO			

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: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/08/2025					
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 p					
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:	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	26/6/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/8/2025		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/08/2025 AL 31/08/2025				
Natali J Salguero NATALI JOHANA SALGUERO ZARATE C.C 1022359865 Cel: 3102419936					

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

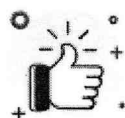
DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1022359865
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	NATALI JOHANA SALGUERO ZARATE SALGUERO ZARATE		
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 29 A SUR 26 B 32	TELÉFONO:	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:	7978458011		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/08/19		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1707621054	

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
							X									

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 345.500
SUBTOTAL:			1	\$ 345.500
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	\$ 269.900
SUBTOTAL:			1	\$ 269.900
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	\$ 43.200
SUBTOTAL:			1	\$ 43.200
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 52.600
SUBTOTAL:			1	\$ 52.600

VALOR SIN MORA:	\$ 711.200
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 711.200



**Tu pago se realizó
con éxito**

No. de autorización

523658

Valor \$711.200

Desde Ahorros No. **** 7106

Hacia No. 9998300785126

Fecha y hora 16/08/2025 - 12:00 am

IP de origen 181.61.205.232

Si tienes dudas nos puedes contactar de la siguiente forma:

Línea nacional: +57 01 8000 51 8000