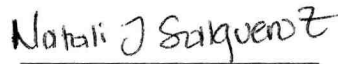
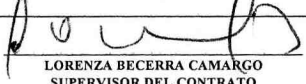


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA 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:		\$ 17.090.396		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 5.396.904	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		TRES (3) 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 GRADO0 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 septiembre				
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 septiembre.				
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 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 Giapps por parte de los colaboradores a cargo				
12	Realizar preauditoria a los colaboradores a cargo				
13	Apoyo en el desarrollo de las jornadas efectuadas en las Unidades de Reacción Inmediata con población privada de la libertad				
14	Realizar precritica 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 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 (01/09/2025) al (30/09/2025)					
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		7983626232		OPERADOR:	
				SOI	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		SANITAS		15/9/2025	
PENSIÓN:		PORVENIR		15/9/2025	
RIESGOS LABORALES:		POSITIVA		15/9/2025	
OTRO		COMPENSAR		15/9/2025	
				\$ 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 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 SMMLV (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.					
VI. ANEXOS (Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)					
Anexar evidencias fotograficas 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: 30/09/2025					
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.				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:		30/9/2025	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/09/2025 AL 30/09/2025				
Natali Johana Salguero Zarate 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:	7983626232	TIPO DE PLANILLA:
PERIODO COTIZACIÓN	MES: agosto	PERIODO COTIZACIÓN
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD:
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/09/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:
		1772729023

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	\$ 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

520828

Valor \$711.200

Desde Ahorros No. **** 7106

Hacia No. 9998300785126

Fecha y hora 12/09/2025 - 12:00 am

IP de origen 191.156.186.143

Si tienes dudas nos puedes contactar de la siguiente forma:

Línea nacional: +57 01 8000 51 8000

