
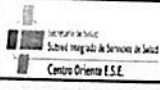
		<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</b> APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN <b>FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN</b>			<b>CÓDIGO: AP-IA-FT-077</b> <b>VERSIÓN: 2</b> <b>FECHA: 2024-09-16</b>	
<b>CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y</b>						
<b>JEFERSON STEVE GARZÓN ÁNGEL</b>						
<b>NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:</b>				1.001.167.092		
<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.					
<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>		PS 4479 2025		<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>		30/01/2025
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$	20.744.878	<b>PLAZO INICIAL DEL CONTRATO</b>	3 MESES		
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$	20.744.878	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$	7.201.062	
<b>Nº DE INFORME:</b>	1 DE 1		<b>Nº CRP:</b>	<b>Nº CDP:</b>	183	
<b>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS</b>	3 MESES					
<b>UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	5DT CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY					
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN - DIRECTORA DE SERVICIOS AMBULATORIOS (E)					
<b>II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES</b>						
<b>Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:</b>	0	<b>TIPO DE MODIFICACIÓN</b>	<b>ADICIONES</b>	0	<b>PRORROGAS</b>	0
<b>VALOR ADICIONADO</b>		<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>	<b>TIEMPO PRORROGA DO:</b>	
<b>VALOR ADICIONADO</b>		<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>	<b>TIEMPO PRORROGA DO:</b>	
<b>VALOR ADICIONADO</b>		<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>	<b>TIEMPO PRORROGA DO:</b>	
<b>III. POLIZAS</b>						
<b>¿FACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?</b>		SI		NO	X	
<b>Nº DE PÓLIZA:</b>		<b>NOMBRE DE LA ASEGURADORA:</b>				
<b>FECHA DE LA PÓLIZA</b>		<b>FECHA DE APROBACIÓN:</b>				
<b>ITEM</b>	<b>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)</b>					
1	Prestar sus servicios profesionales como medico, realizando consultas medicas conforme al estándar definido de acuerdo a la actividad a desarrollar y demanda de servicios, enmarcado dentro de los parametros de calidad definidos en la normatividad vigente del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud para el ejercicio de la profesion y acogiendo las guías y protocolos definidas por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.					
2	Diligenciar el registro individual de atencion en salud (rips) de todos los usuarios adecuadamente.					
3	Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estandares de habilitacion y acreditacion de los servicios de salud					
4	Reportar los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.					
5	Notificar los sucesos de calidad que se presenten en el servicio, participar en los analisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.					
6	Cumplir con las normas de bioseguridad					
7	Realizar el proceso de gestion y operacion de: SIVIGILA Y EEVV.					
8	Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de los centros de atencion primarios (caps).					
9	Elaborar historia clinica y anexos a todo paciente atendido de acuerdo a la normatividad vigente y las politicas de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO					
10	Apoyar actividades relacionadas con el proceso de acreditacion de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.					
11	Las demas obligaciones que se requieran para dar cumplimiento al contrato y que se acuerden con el supervisor. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte					
12	Se realizaron 198 horas desde el 30 de enero a 28 de febrero 2025					
<b>V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL</b>						
<b>No. DE PLANILLA:</b>		<b>OPERADOR:</b>				
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>		<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>		
<b>SALUD:</b>						
<b>PENSIÓN:</b>						
<b>RIESGOS LABORALES:</b>						
<b>OTRO</b>						
<b>TOTAL PAGADO</b>						
<b>VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA</b>						
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 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion 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.						
<b>VII. ANEXOS</b>						
(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						
 <b>JEFERSON STEVE GARZÓN ÁNGEL</b> CC:1001167092 CEL:3022565329						



**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 (28/02/2025)**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	JEFERSON STEVE GARZÓN ÁNGEL	<b>CC:</b>	1001167092
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	jefersongangel@gmail.com	<b>RUT (NIT):</b>	1001167092-2
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	diagonal 21A SUR 19 44	<b>TELÉFONO:</b>	3022565329
		<b>CIUDAD:</b>	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 )
--------	----------

<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCO FALABELLA	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>N° CUENTA:</b>	111701853977
<b>NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)</b>	BANCO FALABELLA				

**NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)**

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 4479 2025	<b>N° CDP:</b>	183	<b>N° RP:</b>		<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :</b> TRES (3) MESES
-------------------------	--------------	----------------	-----	---------------	--	--

<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	06/02/2025	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	30/04/2025	<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES</b> \$20.744.878
---------------------------------	------------	---------------------------------------	------------	---

**PERIODO OBJETO DE COBRO:** DEL 01/02/2025 AL 28/02/2025

<b>VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)</b>	\$	7.201.062
---	----	-----------

SIETE MILLONES DOSCIENTOS UN MIL SESENTA Y DOS PESOS MCTE

JEFERSON STEVE GARZÓN ÁNGEL  
 CC:1001167092  
 CEL:3022565329



**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-IA-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**

**JEFERSON STEVE GARZÓN ÁNGEL**

**NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD**

**1.001.167.092**

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

**OBJETO DEL CONTRATO:**

**PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.**

**PS 4479 2025**

**FECHA INICIO CONTRATO**

**30/01/2025**

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO**

**\$**

**20.744.878**

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**

**\$**

**20.744.878**

**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**

**\$**

**7.201.062**

**Nº PAGO / Nº DE INFORME:**

**1 DE 1**

**Nº CRP INICIAL:**

**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**

**183**

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS**

**TRES (3) MESES**

**Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:**

**OPERADOR:**

**PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:**

**AMBULATORIOS**

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:**

**SDT CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY**

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:**

**CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN - DIRECTORA DE SERVICIOS AMBULATORIOS ( E )**

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

**Nº DE MODIFICACIÓN:**

**0**

**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA):**

**0**

**0**

**VALOR ADICIONADO**

**CDP DE LA**

**RP DE LA**

**TIEMPO**

**VALOR ADICIONADO**

**ADICIÓN**

**ADICIÓN**

**PRORROGADO**

**VALOR ADICIONADO**

**ADICIÓN**

**ADICIÓN**

**PRORROGADO**

**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 ( 01/02/2025) AL (28/02/2025)

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:**

**CARGO: CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN - DIRECTORA DE SERVICIOS AMBULATORIOS ( E )**

**EDISON SANCHEZ QUINTERO**

**PERFIL: ENLACE DIRECCIÓN SERVICIOS AMBULATORIOS**

*Uo.Bo. Sandra Milena Pedraza*

*[Firma manuscrita]*

*[Firma manuscrita]*





EL PROGRAMA DE CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S  
NIT 900.298.372-9

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) JEFERSON STEVE GARZON ANGEL identificado(a) con Cedula Ciudadania 1001167092, se encuentra Vigente en proceso de movilidad en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS CAPITAL SALUD EPS-S como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20250129	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 29 días del mes de Enero de 2.025

Observaciones:

Con destino a:  
A QUIEN INTERESE

Información sujeta a verificación por parte de CAPITAL SALUD EPS-S, cualquier aclaración con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención Servicios de Salud (601)7427257. Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,  
CAPITAL SALUD EPS-S.

Elaboró: MIREYA GONZALEZ

CER-AFI 27635391





# Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GARZON ANGEL JEFERSON STEVE** identificado(a) con **CC** número **1.001.167.092** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 08 de junio de 2018 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 23 de enero de 2025.

Cordialmente,



**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**  
Equipo Soporte para Clientes

**\*Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

\*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:  
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**  
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**  
[www.proteccion.com](http://www.proteccion.com)

2025012311300



LA INFORMACIÓN DEBE SER LEGIBLE

SI SE ENCUENTRA ACTUALMENTE AFILIADO A UNA ARL, RELACIONE SU NOMBRE

NOMBRE ARL

A QUE ARL DESEA QUE LA SUBRED CENTRO ORIENTE, REALICE LA AFILIACION

SURA  
NOMBRE ARL

CC-CEDULA DE CIUDADANIA

1001167092

TIPO DE DOCUMENTO

Numero de Documento

JEFERSON

STEVE

GARZÓN

ANGEL

Primer Nombre

Segundo Nombre

Primer Apellido

Segundo Apellido

6/03/2000

BOGOTÁ

DG 21 A SUR # 19 +46

Fecha de Nacimiento

Ciudad de Residencia

Dirección de Residencia

CAPITAL SALUD

PROTECCIÓN

\$

EPS - Salud

AFP - Pensiones

Honorarios

MEDICO GENERAL

jefersonangel@gmail.com

3022565329

Perfil/ Profesión

Correo Electrónico

Celular

  
 Firma del Afiliado

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

**NOTA: Cualquier novedad requerida debe ser notificada al correo**  
**arlcontratacionops@subredcentrooriente.gov.co**

Av caracas 33a - 11 3282828 - ext 11011





Avenida 19 No. 120 - 71 Piso 3  
Bogotá D.C - Colombia  
PBX: (571)5878787  
www.bancofalabella.com.co  
NIT - 900047981-8

**BANCO FALABELLA S.A**

**NIT 900047981-8**

**CERTIFICA A QUIEN INTERESE QUE:**

El producto **CUENTA DE AHORRO TRADICIONAL** con número **111701853977** con fecha de apertura **2022-11-30** de titularidad del (la) señor(a) **Jeferson Steve Garzón Angel** identificado(a) con la (el) **Cédula de Ciudadanía** número **1001167092**, a la fecha se encuentra **ACTIVA**.

Se expide a los Once (11) días del mes de febrero de 2025, a solicitud del consumidor financiero.

**VIGILADO** SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cordialmente,

Gerencia de Servicio y Experiencia al Cliente  
BANCO FALABELLA S.A

NUC - A2EA731B75AB

