



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-IA-FT-077
VERSIÓN: 2
FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
JEFERSON STEVE GARZÓN ÁNGEL

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.001.167.092

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO 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** 30/1/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 20.744.878 **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** TRES (3) MESES

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 20.744.878 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 6.764.634

Nº DE INFORME: 2 DE 2 **Nº CRP:** 10198 **Nº CDP:** 183

PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS TRES (3) MESES

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: 5DT CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY

NOMBRE DEL SUPERVISOR: CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN
DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	PRORROGAS

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO

Nº DE PÓLIZA: 123 **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** ABC
FECHA DE LA PÓLIZA: DD/MM/AAAA **FECHA DE APROBACIÓN:** DD/MM/AAAA

ITEM	DESCRIPCIÓN
1	Prestar sus servicios profesionales como medico, realizando consultas medicas conforme al estandar 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 garantia de calidad en salud para el ejercicio de la profesion y acogiendo las guias y protocolos definidas por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE
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 cevv.
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.
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 integral del presente contrato
12	REALIZO 186 HORAS DESDE EL 01 DE MARZO AL 31 DE MARZO 2025

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9483018469 - 9483144998	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO:	ENTIDAD	FECHA DE PAGO.	VALOR PAGADO
SALUD:	CAPITAL SALUD	12/03/2025 - 14/03/2025	\$ 360.100,00
PENSIÓN:	PROTECCION	12/03/2025 - 14/03/2025	\$ 460.900
RIESGOS LABORALES:	SURA	12/03/2025 - 14/03/2025	\$ 70.200
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 891.200

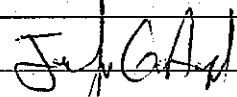
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

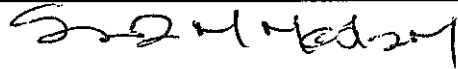
1. Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
2. Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibe se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, 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.

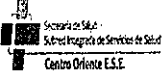

VII. ANEXOS

(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


NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JEFERSON STEVE GARZON ANGEL
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 DATOS DEL CONTRATISTA				CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16	
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/03/2025)							
NOMBRES Y APELLIDOS:	JEFERSON STEVE GARZON ANGEL			CC:	1001167092		
CORREO ELECTRÓNICO:	jefersonangel@gmail.com			RUT (NIT):	1001167092		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 21 A SUR # 19 - 44			TELÉFONO:	3022565329		
				CIUDAD:	BOGOTA		
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 pará							
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 (X)		NO ()
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO FALABELLA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS		Nº CUENTA:	111701853977
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
Nº DEL CONTRATO:	PS 4479 2025	Nº CDP:	10198	Nº. CRP:	183	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 3 MESES	
FECHA DE INICIO CONTRATO	30/1/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/4/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: (\$ 20.744.878)	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025						
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	S						6.754.634
SEIS MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS MCTE							
							
JEFERSON STEVE GARZON ANGEL C.C 3022565329 cel: 3022565329							



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-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 GARZON ANGEL

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

1.001.167.092

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION 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

\$

20.744.878,00

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:

\$ 20.744.878

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:

\$ 6.764.634,00

Nº PAGO / Nº DE INFORME:

(2 de 2)

Nº CRP INICIAL:

10198

Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO

183

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS

TRES (3) MESES

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:

**9483018469
9483144998**

OPERADOR:

APORTES EN LINEA

PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:

SERVICIOS AMBULATORIOS

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

SDT CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

**CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN
DIRECTORA DE SERVICIOS AMBULATORIOS**

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACION:

Nº ()

TIPO DE MODIFICACION (ADICION – PRORROGA):

ADICION ()

PRORROGA ()

III. PÓLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ PÓLIZAS EN SU CONTRATO?

SI

NO

Nº DE PÓLIZA:

XX

NOMBRE DE LA ASEGURADORA:

XX

FECHA DE LA PÓLIZA:

DD/MM/AAAA

ACTO ADMINISTRATIVO DE

XX

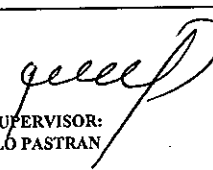
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS


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 v 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 (1/03/2025) AL (31/03/2025)

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

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:

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

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:

EDISON SANCHEZ QUINTERO
PERFIL: ENLACE DIRECCION AMBULATORIOS

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SEMA e ICBF	No
CC 1001167092		JEFERSON STEVE GARZON ANGEL	INDEPENDIENTE	Principal	DG-92 SUR #41P-12	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8119919		
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2025-02	1311588515	9483018469	1	2025/03/21	2025/03/12	BANCO FALABELLA	0	\$823,900	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES									
EMPLEADO									
No.	Identificación	Nombre	Regime	Id	Tip	Con	Vol	Fin	Vip
1	CC 1001167092	JEFERSON STEVE GARZON ANGEL	X						
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados) Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados) Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)									
Total Afiliados: 1									

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SEMA e ICBF	No
CC 1001167092		JEFERSON STEVE GARZON ANGEL	INDEPENDIENTE	Principal	DG-92 SUR #41P-12	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8119919		

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2025-02	1311588515	9483018469	1	2025/03/21	2025/03/12	BANCO FALABELLA	0	\$823,900	

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$426,100	\$0	\$0	\$426,100	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$426,100	\$0	\$0	\$426,100	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$64,900	\$0	\$0	\$64,900	
ARL SUVA	14-11	890,903,790	5	1	\$64,900	\$0	\$0	\$64,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$332,900	\$0	\$0	\$332,900	
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	\$332,900	\$0	\$0	\$332,900	
TOTAL				1	\$823,900	\$0	\$0	\$823,900	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dy	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1001167092		JEFERSON STEVE GARDON ANGEL	INDEPENDIENTE	FRANCO	DG. 25 SUR #14-12	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6119919	No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Período	Clave	Tipo	Fecha	Pago
2025-02	2025-02	1335417402	94831499-4	N

Período	Salud	Pago	P. Añlla	T. Añlla	Límite	Pago	Banco	Días Hora	Valor
2025-02	2025-02	1335417402	94831499-4	N	2025/03/21	1025703/14	BANCO FACABELLA	0	\$47,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES											
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte										
Centro de Trabajo Principal (1 Afiliado)																						\$217,428	\$34,800	\$217,428	\$27,200	50	50	\$217,428	\$5,300	50	50
Ciudad BOGOTA Dpto: BOGOTA D.E. (1 Afiliado)																						\$217,428	\$34,800	\$217,428	\$27,200	50	50	\$217,428	\$5,300	50	50
1	CC 1001167092	GARDON JEFERSON	1335417402	28	\$2,442,800	\$44,100	EPSCA	28	\$2,442,800	\$32,900	0	0	14-11	28	\$2,442,800	\$44,100	0	0	50	50	50										
1	CC 1001167092	GARDON JEFERSON	1335417402	30	\$2,880,425	\$46,200	EPSCA	30	\$2,880,425	\$40,100	0	0	14-11	30	\$2,880,425	\$46,200	0	0	50	50	50										
Total Afiliados(1)					\$217,428	\$34,800			\$217,428	\$27,200			50	50	\$217,428	\$5,300			50	50	50										

