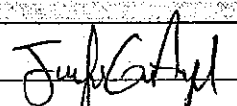
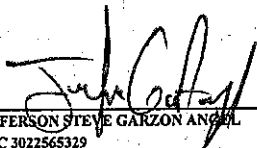
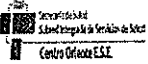
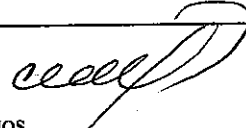
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS 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:		3 DE 3		Nº CRP:	
10198				Nº CDP:	
183					
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS:		TRES (3) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		SDT 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		ADICIÓN ES	
				PRORROGAS	
III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:		123		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA:		DD/MM/AAAA		FECHA DE APROBACIÓN:	
DD/MM/AAAA				ABC	
DD/MM/AAAA					
ITEM					
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 garantía de calidad en salud para el ejercicio de la profesion y acogiendo las guias y protocolos definidas por la subred centro oriente e.s.e.					
2 Diferenciar 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: vigilancia y evv.					
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 ABRIL AL 30 DE ABRIL 2025					
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		9484546564		OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		CAPITAL SALUD		10/4/2025	
PENSIÓN:		PROTECCION		10/4/2025	
RIESGOS LABORALES:		SURA		10/4/2025	
OTRO:					
TOTAL PAGADO				\$ 837.300	
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 ibr 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, rui) 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		CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/04/2025)			
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: 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			
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:	NO CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO: (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		AHORROS N° CUENTA:	111701853977
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)			
N° DEL CONTRATO:	FS 4479 2025	N° CDP:	183
		N° CRF:	10198
FECHA DE INICIO CONTRATO	30/1/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/4/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 6.764.634 SEIS MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS MCTE		
 JEFERSON STEVE GARZON ANGEL C.C 3022565329 celi: 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 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		\$ 20.744.878,00			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 20.744.878		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 6.764.634,00	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		3 de 3		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		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 MODIFICACIÓN:		Nº ()		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):	
				ADICION ()	
				PRORROGA ()	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTO POLIZAS 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 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 (1/04/2025) AL (30/04/2025)					
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			
					
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: EDISON SANCHEZ QUINTERO PERFIL: ENLACE DIRECCION AMBULATORIOS			
					

Se certifica que JEFERSON STEVE GARZON ANGEL identificado(a) con CC 1001167092 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

PORTANTE: JEFERSON STEVE GARZON ANGEL CC 1001167092																									
Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades															
										ing	ret	tde	tde	tdp	lap	vsp	cor	vst	sin	ige	lma	vac	avp	vtl	vp
9484546564	1401500392	I	2025-04-10	EPS	EPSC34	CAPITAL SALUD	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30							X									
9484546564	1401500392	I	2025-04-10	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30							X									
9484546564	1401500392	I	2025-04-10	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30							X									

Este certificado se expide el día 2025-04-10 a las 10:04.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	No
CC 1001167092		JEFERSON STEVE GARCÓN ANGEL	INDEPENDIENTE	Principal	DG. 92 SUR #14P-12	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	8119919		No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Pago	Planilla	Tipo	Fecha	Limite	Banco	Días Mora	Valor
2025-03	1401500392	9484546564	1		2025/04/23	2025/04/10	BANCO FALABELLA	0	\$837,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES															
EMPLEADO		NOVEDADES				PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS		PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombre	Regimen	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud
1	CC 1001167092	GARCÓN JEFERSON													
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)															
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)															
Total Afiliados (1)															

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	No
CC 1001167092		JEFERSON STEVE GARCÓN ANGEL	INDEPENDIENTE	Principal	DG. 92 SUR #14P-12	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	8119919		No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Pago	Planilla	Tipo	Fecha	Limite	Banco	Días Mora	Valor
2025-03	1401500392	9484546564	1		2025/04/23	2025/04/10	BANCO FALABELLA	0	\$837,300

RESUMEN DE PAGO									
Periodo	Clave	Pago	Planilla	Tipo	Fecha	Limite	Banco	Días Mora	Valor
2025-03	1401500392	9484546564	1		2025/04/23	2025/04/10	BANCO FALABELLA	0	\$837,300

RESUMEN DE PAGO									
Periodo	Clave	Pago	Planilla	Tipo	Fecha	Limite	Banco	Días Mora	Valor
2025-03	1401500392	9484546564	1		2025/04/23	2025/04/10	BANCO FALABELLA	0	\$837,300