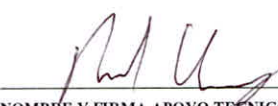


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
JOSE ALFREDO QUIROZ TORRES					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1,050,036,560		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1089 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
				1/1/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 27,931,392		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
				30/04/2024 TREINTA DE ABRIL DEL DOS MIL VEINTICINCO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 27,931,392		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				6.691.896	
Nº DE INFORME:		4		Nº CRP:	
				4478	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		CUATRO MESES (4)		Nº CDP:	
				1	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		6CD CARCEL DISTRITAL			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		GUILLERMO RUBIO GUIZA LIDER HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		0		TIPO DE MODIFICACIÓN	
				ADICIONES	
				0	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
III. POLIZAS					
¿FACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
				X	
Nº DE PÓLIZA:		NO APLICA		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
				NO APLICA	
FECHA DE LA PÓLIZA		NO APLICA		FECHA DE APROBACIÓN:	
				NO APLICA	
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, 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)					
ITEM					
1		Se realizaron consultas medicas de consulta externa y prioritaria.			
2		Se diligenciaron los RIPS correspondientes a las citas atendidas.			
3		Se prestó atención de consulta externa bajo los estándares de calidad posibles.			
4		Se participó en la gestión de la notificación a SIVIGILA.			
5		Se diligenciaron adecuadamente la historia clínica y ordenes médicas.			
6		Se portó el carnet de la SUBRED para la prestación del servicio.			
7		Se cumplió con el horario de turnos establecidos.			
8		Se cumplieron normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental			
9		Se entregó el comprobante de pago de la seguridad social.			
10		Se cumplieron las medidas de humanización del servicio de salud.			
11		CANTIDAD HORAS: 184 por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 1089 2025			
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		9484103153		OPERADOR:	
				APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
				VALOR PAGADO	
SALUD:		SALUD TOTAL		9/4/2025	
				\$ 350,000	
PENSIÓN:		PORVENIR		9/4/2025	
				\$ 448,000	
RIESGOS LABORALES:		SURA		9/4/2025	
				\$ 68,300	
OTRO		NO APLICA		NO APLICA	
TOTAL PAGADO				\$ 866,300	
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA					
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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, 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.					
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 período correspondiente					
Jose Quiroz					
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JOSE ALFREDO QUIROZ TORREZ					
CC:1050036560					
CEL:3016110571					

 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: 6	
DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/04/2025)			
NOMBRES Y APELLIDOS:	JOSE ALFREDO QUIROZ TORREZ	CC:	1050036560
CORREO ELECTRÓNICO:	QUIROZTORRESJAQT@GMAIL.COM	RUT (NIT):	1050036560-1
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 90A #8A #8A - 85	TELÉFONO:	3016110571
		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			
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)
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		Nº CUENTA:	488443129959
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)			
Nº DEL CONTRATO:	PS 1089 2025	Nº. RP:	4478
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/1/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/04/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	6.691.896		
	SEIS MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS M/CTE		
 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA C.C 1050036560 cel: 3016110571			

		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			JOSE ALFREDO QUIROZ TORRES		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1,050,036,560		
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 SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1089 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
				1/1/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 27,931,392			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 27,931,392		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: 6.691.896	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		4		Nº CRP INICIAL: 4478	
				Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 1	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		CUATRO MESES (4)			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		9484103153		OPERADOR: APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		AMBULATORIOS			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		6CD CARCEL DISTRITAL			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		GUILLERMO RUBIO GUIZA LIDER HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:		Nº (0)		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:		NO APLICA		NOMBRE DE LA ASEGURADORA: NO APLICA	
FECHA DE LA PÓLIZA		NO APLICA		ACTO ADMINISTRATIVO DE NO APLICA	
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 <u>clausula "Forma de Pago, CERTIFICO</u> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/04/2025) AL (30/04/2025)					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:					
		NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: GUILLERMO RUBIO GUIZA CARGO: LIDER HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA			
					
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: DANIEL FELIPE URREGO GARCIA PERFIL: TECNOLOGO EN ADMINISTRATIVO			

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1050036560		QUIROZ TORRES JOSE ALFREDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 70 A #17-54	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5151512	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1398020258	9484103153	I	2025/04/14	2025/04/09	BANCO DAVIVIENDA	0	\$866,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,800,000	\$448,000			\$2,800,000	\$350,000			\$0	\$0			\$2,800,000	\$68,300		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,800,000	\$448,000			\$2,800,000	\$350,000			\$0	\$0			\$2,800,000	\$68,300		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$2,800,000	\$448,000			\$2,800,000	\$350,000			\$0	\$0			\$2,800,000	\$68,300		\$0	\$0	
1	CC	1050036560	QUIROZ JOSE	230301	30	\$2,800,000	\$448,000	EPS002	30	\$2,800,000	\$350,000	0		\$0		14-11	30	\$2,800,000	\$68,300	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$2,800,000	\$448,000			\$2,800,000	\$350,000			\$0	\$0			\$2,800,000	\$68,300		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1050036560		QUIROZ TORRES JOSE ALFREDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 70 A #17-54	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5151512	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1398020258	9484103153	I	2025/04/14	2025/04/09	BANCO DAVIVIENDA	0	\$866,300

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$448,000	\$0	\$0	\$448,000	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$448,000	\$0	\$0	\$448,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$68,300	\$0	\$0	\$68,300	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$68,300	\$0	\$0	\$68,300	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$350,000	\$0	\$0	\$350,000	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$350,000	\$0	\$0	\$350,000	
TOTAL				1	\$866,300	\$0	\$0	\$866,300	