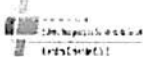
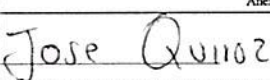
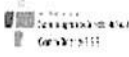
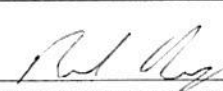
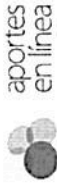


<div>  <div> SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN </div> <div> CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16 </div> </div>			
CELEBRADO 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:
			6.982.848
Nº DE INFORME:	2	Nº CRP:	4478
		Nº CDP:	1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CUATRO MESES (4)		
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	PRORROGAS
		0	0
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:
III. POLIZAS			
¿PACTÓ 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: 192 por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 1089 2025		
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	9481525771	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	10/2/2025	\$ 350,000
PENSIÓN:	PORVENIR	10/2/2025	\$ 448,000
RIESGOS LABORALES:	SURA	10/2/2025	\$ 68,300
OTRO	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
TOTAL PAGADO			\$ 866,300
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 ibc 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: JOSE ALFREDO QUIROZ TORREZ CC:1050036560 CEL:3016110571			

<div>  <div> 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 </div> <div> CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 </div> </div>					
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28/02/2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JOSE ALFREDO QUIROZ TORREZ			CC:	1050036560
				RUT (NIT):	1050036560-1
CORREO ELECTRÓNICO:	QUIROZTORRES JAQT@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3016110571
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 90A #8A #8A - 85			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	N° CUENTA:	488443129959
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)					
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
N° DEL CONTRATO:	PS 1089 2025	1	N°. RP:	4478	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CUATRO MESES (4)
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/1/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/04/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$27.931.392
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/02/2025 AL 28/02/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	6.982.848				
	SEIS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE				
<div>  </div> <div> NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA C.C 1050036560 cel: 3016110571 </div>					

		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-PT-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: 6,982,848		
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	2	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:	9481525771	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):		ADICION (0)	PRORROGA (0)
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO		X	
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 cláusula "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:		 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: GUILLERMO RUBIO GUIZA CARGO: LIDER HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA			
		 NOMBRE Y FIRMA APOYO TÉCNICO DEL SUPERVISOR: DANIEL FELIPE URREGO GARCIA PERFIL: TECNOLÓGICO EN ADMINISTRATIVO			



Resumen General de Pago

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	Límite	Pago	Banco	Días/Mora	Valor
2025-01	2025-01	1256020972	9481525771	I	2025/02/14	2025/02/10	BANCO CAJA SOCIAL	0	\$866,300
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES									
EMPLEADO				PENSION			SALUD		
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC
Seguro para PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,800,000	\$448,000			\$2,800,000
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,800,000	\$448,000			\$2,800,000
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$2,800,000	\$448,000			\$2,800,000
1	CC 1050036560	QUIROZ JOSE	230301	30	\$2,800,000	\$448,000	EP5002	30	\$2,800,000
Total Afiliados(1)					\$2,800,000	\$448,000			\$2,800,000
RIESGOS				CCF			PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC
Seguro para PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,800,000	\$68,300			\$2,800,000
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,800,000	\$68,300			\$2,800,000
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$2,800,000	\$68,300			\$2,800,000
1	CC 1050036560	QUIROZ JOSE	230301	30	\$2,800,000	\$68,300	14-11	30	\$2,800,000
Total Afiliados(1)					\$2,800,000	\$68,300			\$2,800,000

Resumen General de Pago

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	BOGOTÁ, BOGOTÁ D.E.	5151512	No		
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2025-01	2025-01	1256020972	9481525771	1	2025/02/14	2025/02/10	BANCO CAJA SOCIAL	0	\$666,300	
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		