

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	JOSE ALFREDO QUIROZ TORRES			CC:	1050036560	
CORREO ELECTRÓNICO:	QUIROZ131@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3114965473	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 90A 8A 85			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488443129959	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 1089 2025	N° CDP:	1797	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: OCHO (8) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/08/31			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/07/01 AL 2025/07/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 6.946.479					



JOSE ALFREDO QUIROZ TORRES
PS_1089_2025_7AC908-2025-07-15 20:18:09

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JOSE ALFREDO QUIROZ TORRES
CC: 1050036560
CEL: 3114965473

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

JOSE ALFREDO QUIROZ TORRES

CON C.C N°

1.050.036.560

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 1089 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 27.931.392	No. HORAS EJECUTADAS	191
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 55.571.832	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.946.479
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CARCEL DISTRITAL
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GUILLERMO RUBIO GUIZA

ITEM	II. 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)
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 diligenciaron adecuadamente la historia clínica y ordenes médicas.
5	Se portó el carnet de la SUBRED para la prestación del servicio.
6	Se cumplió con el horario de turnos establecidos.
7	Se cumplieron normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental
8	Se cumplieron las medidas de humanización del servicio de salud.

III. 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 (2025-07-01) AL (2025-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9488450614	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/07/09	\$ 350.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/07/09	\$ 448.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/07/09	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 798.000

V. 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, 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 período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



JOSE ALFREDO QUIROZ TORRES

PS_1089_2025_7AC908-2025-07-15 20:18:09

JOSE ALFREDO QUIROZ TORRES

CC: 1050036560

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



GUILLERMO RUBIO GUIZA

PS_1089_2025_7AC908-2025-07-16 16:35:11

GUILLERMO RUBIO GUIZA

SUPERVISOR DEL CONTRATO

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
2025-06	2025-06	1614500689	9488450614	I	2025/07/14	2025/07/09	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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,800,000	\$448,000			\$2,800,000	\$350,000			\$0	\$0			\$2,800,000	\$68,300	\$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
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
1	CC 1050036560	QUIROZ JOSE	230301	30	\$2,800,000	\$448,000	EPS002	30	\$2,800,000	\$350,000		0	\$0	\$0	14-11	30	\$2,800,000	\$68,300	0
Total Afiliados(1)					\$2,800,000	\$448,000			\$2,800,000	\$350,000			\$0	\$0			\$2,800,000	\$68,300	\$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	Valor
2025-06	2025-06	1614500689		9488450614	I	2025/07/14	2025/07/09	BANCO DAVIVIENDA	\$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	