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:**		**6.982.848**
N° DE INFORME:	3	**N° CRP:**	4478	**N° 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

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	0	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	0	**PRORROGAS**	0	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**	
N° DE PÓLIZA:	NO APLICA	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		NO APLICA	
FECHA DE LA PÓLIZA	NO APLICA	**FECHA DE APROBACIÓN:**		NO APLICA	

ITEM	IV. 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 partició 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:	9482398296	**ENTIDAD**	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO			**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	
SALUD:		SALUD TOTAL	10/3/2025	$	350,000
PENSIÓN:		PORVENIR	10/3/2025	$	448,000
RIESGOS LABORALES:		SURA	10/3/2025	$	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 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 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 soop 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: (31/03/2025)			
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				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488443129959

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 01/03/2025 AL 31/03/2025				
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				

Jose Quiroz

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. INFORMACIÓN 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

N° PAGO / N° DE INFORME:	3	N° CRP INICIAL:	4478	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO MESES (4)				

N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9482398296	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

N° DE MODIFICACIÓN:	N° (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
N° 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 clausula "**Forma de Pago,** CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/03/2025) AL (31/03/2025)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: GUILLERMO RUBIO GUIZA CARGO: LIDER HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: DANIEL FELIPE URREGO GARCIA PERFIL: TECNOLOGO EN ADMINISTRATIVO

aportes en línea

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	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1325766060	9482398296	I	2025/03/14	2025/03/10	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	$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

2025/03/10 12:57 PM

aportes en línea

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	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1325766060	9482398296	I	2025/03/14	2025/03/10	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**

2025/03/10 12:57 PM