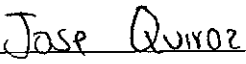
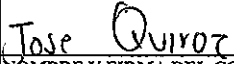
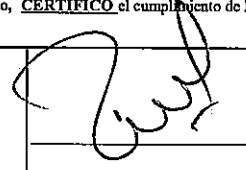
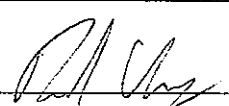
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS 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 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					
¿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	
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: 9482398296		ENTIDAD		OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO		FECHA DE PAGO		APORTES EN LINEA	
SALUD:		SALUD TOTAL		VALOR PAGADO	
PENSIÓN:		PORVENIR		VALOR PAGADO	
RIESGOS LABORALES:		SURA		VALOR PAGADO	
OTRO		NO APLICA		NO APLICA	
TOTAL PAGADO				VALOR PAGADO	
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 ibo 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 SMMVLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rui) 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scop 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 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	
CORREO ELECTRÓNICO:	QUIROZTORRES.JAQT@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:	DAVIENDA					
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)			TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	488443129959
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 1089 2025		1	Nº. 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 NÚMEROS)	6.982.848					
SEIS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE						
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div>  NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA C.C 1050036560 cel: 3016110571 </div> </div>						

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN				CÓDIGO: AF-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
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	3	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:	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					
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (0)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):		ADICIÓN (0)	PRÓRROGA (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 (01/03/2025) 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			

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 1090036540		QUIROZ TORRES JOSE ALFREDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 70 A #17-54	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	5151512		Nº
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Salud	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Días	Valor		
2025-02	1325766060	9482398296	I	2025/03/14	2025/03/10	BANCO DAVIVIENDA	0		
								\$666,300	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES																							
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte																					
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																											
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																											
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)																																											
1	CC 1090036540	QUIROZ JOSE	230301	30	\$2,800,000	\$448,000	EP5002	30	\$2,800,000	\$350,000		0	\$0	\$0	14-11	30	\$2,800,000	\$66,300			\$0	\$0																					
Total Afiliados(1)					\$2,800,000	\$448,000			\$2,800,000	\$350,000			\$0	\$0			\$2,800,000	\$66,300			\$0	\$0																					

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SEVA e ICBF	No
CC 109036560		QUIROZ TORRES JOSE ALFREDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 70 A #17-54	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	5151512		
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Banko	Pago	Dias Mora	Valor
Pensión Salud		Planilla		2025/03/14	2025/03/10	BANCO DAVIVIENDA		0	\$466,300
2025-02	13376600	948239296	I						
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 SUBA	14-11	890,903,790	5	1	\$68,300	\$0	\$0	\$68,300	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$350,000	\$0	\$0	\$350,000	
EPS	EPS002	800,130,907	4	1	\$350,000	\$0	\$0	\$350,000	
SALUD TOTAL				1	\$866,300	\$0	\$0	\$866,300	
TOTAL				1	\$866,300	\$0	\$0	\$866,300	