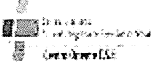
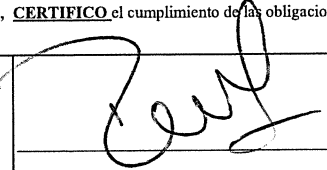


<div></div> <div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN</div>		<div>CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16</div>	
CELEBRADO ENTRE 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:	\$	41,897,088	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:
			\$ 6,982,848
Nº DE INFORME:	5	Nº CRP:	4478
		Nº CDP:	1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SEIS MESES (6)		
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:	I	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES
		I	PRORROGAS
VALOR ADICIONADO	\$ 13,965,696	CDP DE LA ADICIÓN:	1276
		CRP DE LA ADICIÓN:	14941
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	
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 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:	9485249327	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	9/5/2025	\$ 350,000
PENSIÓN:	PORVENIR	9/5/2024	\$ 448,000
RIESGOS LABORALES:	SURA	9/5/2025	\$ 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 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			
<div>Jose A. Quiroz T.</div>			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JOSE ALFREDO QUIROZ TORREZ			
CC:1059036560			
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: (31/05/2025)							
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:	DAVIVIENDA		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		1276	N° RP:	14941	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : SEIS MESES (6) ☐	
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/1/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/06/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$41.897.088	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/05/2025 AL 31/05/2025						
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						
 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:		\$ 41,897,088		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 6,982,848	
N° PAGO / N° DE INFORME:		5		N° CRP INICIAL: 4478	
				N° CDP INICIAL DEL CONTRATO 1	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		SEIS MESES (6)			
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		9485249327		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° (1)		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):	
VALOR ADICIONADO		\$ 13,965,696		ADICION (1) PRORROGA (1)	
		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO: DOS MESES (2)	
		1276			
		RP DE LA ADICIÓN:			
		14941			
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
N° DE PÓLIZA:		NO APLICA		X	
FECHA DE LA PÓLIZA		NO APLICA		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 (01/05/2025) AL (31/05/2025)					
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	Valor				
Pensión	Salud	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora		
2025-04	2025-04	9485249327		2025/05/15	2025/05/09	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)																							
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																							
1	CC 1050036560	QUIROZ JOSE	230301	30	\$2,800,000	\$448,000	EPS002	30	\$2,800,000	\$350,000		0	\$0	\$350,000		14-11	\$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
CT 1050036460		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	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora
2025-04	2025-04	1469802834	9485249327	I	2025/05/15	2025/05/09	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