

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
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	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 872.856	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/11/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30				
<div><div>JOSE ALFREDO QUIROZ TORRES PS_1089_2025_FBA645</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JOSE ALFREDO QUIROZ TORRES CC: 1050036560 CEL: 3114965473</div>					

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	24
----------------------------	---------------	----------------------	----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 75.938.472	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 872.856
--	---------------	---	------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) 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 presto sus servicios profesionales como médico, realizando consultas médicas conforme al estandar definido de acuerdo a la actividad a desarrollar y demanda de servicios, enmarcado dentro de los parámetros de calidad definidos en la normatividad vigente del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud para el ejercicio de la profesión y acogiendo las guías y protocolos definidas por la Subred Centro Oriente E.S.E.
---	---

2	Se diligencio el registro individual de atención en salud (RIPS) de todos los usuarios adecuadamente, Se apoyo las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud
---	--

3	Se cumplio con las normas de bioseguridad y se desarrollo las actividades para el fortalecimiento de los centros de atención primarios (CAPS) incluidas los procesos de gestión y operación de: SIVIGILA y EEVV y se cumplio con las normas de bioseguridad incluidos los reportes de los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente, se notifico los sucesos de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.
---	--

4	Se elaboro historia clínica y anexos a todo paciente atendido de acuerdo a la normatividad vigente y las políticas de la Subred, junto con las actividades de fortalecimiento y acreditacion conforme a los parametros de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E; Se realizo de manera oportuna y eficaz las funciones especificas mencionadas con el objetivo de garantizar la adecuada atención de pacientes de una manera eficiente y altamente humanizada, apoyando y gestionando de manera constante en el Fortalecimiento de las Subredes en el Modelo de Atencion, en las 4 Subredes Integradas de Servicios de Salud de Bogotá., como apoyo del convenio interadministrativo No 692 de 2019.Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.
---	--

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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9494650658 - 9494956072	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/11/18	\$ 218.900

PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/18	\$ 280.100
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/18	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 499.000
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, pensión, 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	<div><div>JOSE ALFREDO QUIROZ TORRES</div><div>PS_1089_2025_FBA645</div><div>JOSE ALFREDO QUIROZ TORRES</div><div>CC: 1050036560</div></div>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>GUILLERMO RUBIO GUIZA</div><div>PS_1089_2025_FBA645</div><div>GUILLERMO RUBIO GUIZA</div><div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div>		

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	URB LA HABETOS MAN E LOTE 25	CARTAGENA-BOLIVAR	5515152	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-10	2025-10	1922760818	9494650658	I	2025/11/18	2025/11/12	BANCO DAVIVIENDA	0 \$526,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																			
EMPLEADO					PENSION					SALUD					CCF				
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,700,000	\$272,000			\$1,700,000	\$212,500			\$0	\$0			\$1,700,000	\$41,500	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,700,000	\$272,000			\$1,700,000	\$212,500			\$0	\$0			\$1,700,000	\$41,500	
Ciudad: CARTAGENA Depto: BOLIVAR (1 Afiliados)					\$1,700,000	\$272,000			\$1,700,000	\$212,500			\$0	\$0			\$1,700,000	\$41,500	
1	CC 1050036560	QUIROZ JOSE	230301	30	\$1,700,000	\$272,000	EPS002	30	\$1,700,000	\$212,500		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,700,000	\$41,500	0
Total Afiliados(1)					\$1,700,000	\$272,000			\$1,700,000	\$212,500			\$0	\$0			\$1,700,000	\$41,500	

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	URB LA HABETOS MAN E LOTE 25	CARTAGENA-BOLIVAR	5515152	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-10	2025-10	1922760818	9494650658	I	2025/11/18	2025/11/12	BANCO DAVIVIENDA	\$526,000

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$272,000	\$0	\$0	\$272,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$272,000	\$0	\$0	\$272,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$41,500	\$0	\$0	\$41,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$41,500	\$0	\$0	\$41,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$212,500	\$0	\$0	\$212,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$212,500	\$0	\$0	\$212,500
TOTAL				1	\$526,000	\$0	\$0	\$526,000

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1050036560		QUIROZ TORRES JOSE ALFREDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	URB LA HABETOS MAN E LOTE 25	CARTAGENA-BOLIVAR	5515152	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-10	2025-10	1942191334	9494956072	N	2025/11/18	2025/11/20	BANCO DAVIVIENDA	\$15,800

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
IBCF																			
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$50,000	\$8,000			\$50,000	\$6,300			\$0	\$0			\$50,000	\$1,200	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$50,000	\$8,000			\$50,000	\$6,300			\$0	\$0			\$50,000	\$1,200	
Ciudad: CARTAGENA Depto: BOLIVAR (1 Afiliados)					\$50,000	\$8,000			\$50,000	\$6,300			\$0	\$0			\$50,000	\$1,200	
1	CC	1050036560	QUIROZ JOSE	230301	30	(\$1,700,000)	(\$272,000)	EPS002	30	(\$1,700,000)	(\$212,500)	0	\$0	\$0	14-23	30	(\$1,700,000)	(\$41,500)	0
2	CC	1050036560	QUIROZ JOSE	230301	30	\$1,750,000	\$280,000	EPS002	30	\$1,750,000	\$218,800	0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,750,000	\$42,700	0
Total Afiliados(1)					\$50,000	\$8,000			\$50,000	\$6,300			\$0	\$0			\$50,000	\$1,200	

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	URB LA HABETOS MAN E LOTE 25	CARTAGENA-BOLIVAR	5515152	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1942191334	9494956072	N	2025/11/18	2025/11/20	BANCO DAVIVIENDA	2	\$15,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$8,000	\$100	\$0	\$8,100	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$8,000	\$100	\$0	\$8,100	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,200	\$100	\$0	\$1,300	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$1,200	\$100	\$0	\$1,300	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$6,300	\$100	\$0	\$6,400	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$6,300	\$100	\$0	\$6,400	
TOTAL				1	\$15,500	\$300	\$0	\$15,800	

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

1 Información general

2 Condiciones

3 Bienes y servicios

4 Documentos del Proveedor

5 Documentos del contrato

6 Información presupuestal

7 Ejecución del Contrato

8 Modificaciones del Contrato

9 Incumplimientos

Cancelar

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción		Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 1089 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 1089 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1089 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 1089 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1089 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 1089 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1089 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	PS 1089 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1089 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 1089 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1089 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 1089 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1089 2025 CRP-4478.pdf	1 PS 1089 2025 CRP-4478.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1089 2025 CRP-14941.pdf	2 PS 1089 2025 CRP-14941.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1089 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 1089 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3 PS 1089 2025 CRP-18652.pdf	3 PS 1089 2025 CRP-18652.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	1089 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf (Archivado)	1089 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1089 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 1089 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1089 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 1089 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1089 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 1089 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Cancelar

BorrarCargar nuevo

< Evaluación de la Entidad Estatal >