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
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	**DIEGO ALEJANDRO SUÁREZ DÍAZ**				**CC:**	**1013617954**
					RUT (NIT):	**1013617954**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ZERAUS.DIAZ@GMAIL.COM**				**TELÉFONO:**	**3115259366**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 12 SUR 5 A 51**				**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**007590409384**
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1933 2025**	**N° CDP:**	**764**	**N°. RP:**	**12178**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS (06) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/06/30**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 29.853.000**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/05/01 AL 2025/05/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 4.975.500**					

DIEGO ALEJANDRO SUÁREZ DÍAZ
PS_1933_2025_5487C6-2025-05-16 08:41:29

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DIEGO ALEJANDRO SUÁREZ DÍAZ
CC: 1013617954
CEL: 3115259366

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION 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					
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**DIEGO ALEJANDRO SUÁREZ DÍAZ**				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	**1.013.617.954**				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1933 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.926.500				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 29.853.000		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.975.500	
N° DE INFORME:	5	**Nº CRP INICIAL:**	6514	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	2
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (06) MESES				
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION ADMINISTRATIVA				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	INGRID TATIANA ROJAS AVELLA				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIÓN:	(1)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):**		ADICION (X)	PRORROGA (X)
VALOR ADICIONADO	$ 14.926.500	**CDP DE LA ADICIÓN:**	764	**RP DE LA ADICIÓN:**	12178
TIEMPO PRORROGADO:	DOS (02) MESES Y VEINTINUEVE				
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**	
N° DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA PÓLIZA		**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**			

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	Obligación 6: Actualización AP-RF-FT-138 FORMATO LISTA DE INSPECCIÓN DE CRITERIOS AMBIENTALES PARA EL SERVICIOS DE PREPARACIÓN DE ALIMENTOS Actualización AP-RF-IT-13 INSTRUCTIVO MANEJO RESIDUOS LABORATORIO CLINICO Actualización AP-RF-MN-01 ANEXO 5 PGIRASA CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE Actualización AP-RF-MN-01 ANEXO 6 PGIRASA CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO Actualización AP-RF-MN-01 ANEXO 7 PGIRASA CENTRO DE SALUD ALPES Actualización AP-RF-MN-01 ANEXO 8 PGIRASA CENTRO DE SALUD CANDELARIA Actualización AP-RF-MN-01 ANEXO 9 PGIRASA CENTRO DE SALUD CRUCES Actualización AP-RF-MN-01 ANEXO 10 PGIRASA CENTRO DE SALUD LACHES Actualización AP-RF-MN-01 ANEXO 11 PGIRASA CENTRO DE SALUD PERSEVERANCIA Actualización AP-RF-MN-01 ANEXO 12 PGIRASA CENTRO DE SALUD SAMPER MENDOZA Actualización AP-RF-MN-01 ANEXO 13 PGIRASA HOSPITAL JORGE ELIECER GAITÁN Actualización AP-RF-MN-01 ANEXO 14 PGIRASA CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY Actualización AP-RF-MN-01 ANEXO 15 PGIRASA CENTRO DE SALUD CHIRCALES Actualización AP-RF-MN-01 ANEXO 16 PGIRASA CENTRO DE SALUD OLAYA Actualización AP-RF-MN-01 ANEXO 17 PGIRASA CENTRO DE SALUD TRANSITORIO BRAVO PÁEZ Actualización AP-RF-MN-01 ANEXO 18 PGIRASA CENTRO DE SALUD SAN JORGE Actualización AP-RF-MN-01 ANEXO 19 PGIRASA HOSPITAL MATERNO INFANTIL Actualización AP-RF-MN-01 ANEXO 20 PGIRASA HOSPITAL VICTORIA Actualización AP-RF-MN-01 ANEXO 21 PGIRASA CENTRO DE SALUD CARCEL DISTRITAL Actualización AP-RF-MN-01 ANEXO 24 PGIRASA SEDE ADMINISTRATIVA 34 Actualización AP-RF-MN-01 ANEXO 25 PGIRASA SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSÉ OBRERO Actualización AP-RF-MN-01 ANEXO 26 PGIRASA CENTRO DE SALUD ANTONIO NARIÑO

2	Obligación 8: Actualización AP-RF-FT-138 FORMATO LISTA DE INSPECCIÓN DE CRITERIOS AMBIENTALES PARA EL SERVICIOS DE PREPARACIÓN DE ALIMENTOS Actualización AP-RF-IT-13 INSTRUCTIVO MANEJO RESIDUOS LABORATORIO CLINICO Actualización AP-RF-MN-01 ANEXO 5 PGIRASA CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE Actualización AP-RF-MN-01 ANEXO 6 PGIRASA CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO Actualización AP-RF-MN-01 ANEXO 7 PGIRASA CENTRO DE SALUD ALPES Actualización AP-RF-MN-01 ANEXO 8 PGIRASA CENTRO DE SALUD CANDELARIA Actualización AP-RF-MN-01 ANEXO 9 PGIRASA CENTRO DE SALUD CRUCES Actualización AP-RF-MN-01 ANEXO 10 PGIRASA CENTRO DE SALUD LACHES Actualización AP-RF-MN-01 ANEXO 11 PGIRASA CENTRO DE SALUD PERSEVERANCIA Actualización AP-RF-MN-01 ANEXO 12 PGIRASA CENTRO DE SALUD SAMPER MENDOZA Actualización AP-RF-MN-01 ANEXO 13 PGIRASA HOSPITAL JORGE ELIECER GAITÁN Actualización AP-RF-MN-01 ANEXO 14 PGIRASA CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY Actualización AP-RF-MN-01 ANEXO 15 PGIRASA CENTRO DE SALUD CHIRCALES Actualización AP-RF-MN-01 ANEXO 16 PGIRASA CENTRO DE SALUD OLAYA Actualización AP-RF-MN-01 ANEXO 17 PGIRASA CENTRO DE SALUD TRANSITORIO BRAVO PÁEZ Actualización AP-RF-MN-01 ANEXO 18 PGIRASA CENTRO DE SALUD SAN JORGE Actualización AP-RF-MN-01 ANEXO 19 PGIRASA HOSPITAL MATERNO INFANTIL Actualización AP-RF-MN-01 ANEXO 20 PGIRASA HOSPITAL VICTORIA Actualización AP-RF-MN-01 ANEXO 21 PGIRASA CENTRO DE SALUD CARCEL DISTRITAL Actualización AP-RF-MN-01 ANEXO 24 PGIRASA SEDE ADMINISTRATIVA 34 Actualización AP-RF-MN-01 ANEXO 25 PGIRASA SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSÉ OBRERO Actualización AP-RF-MN-01 ANEXO 26 PGIRASA CENTRO DE SALUD ANTONIO NARIÑO
3	Obligación 14: Acompañamiento auditoria - Grupo de residuos Hospitalarios SDA - Centro de Salud Cruces Acompañamiento auditoria - Grupo de residuos Hospitalarios SDA - Centro de Salud Samper Mendoza Acompañamiento auditoria - Grupo de residuos Hospitalarios SDA - Centro de Salud Libertadores Acompañamiento auditoria - Grupo de residuos Hospitalarios SDA - Centro de Salud Antonio Nariño Acompañamiento auditoria - Grupo de residuos Hospitalarios SDA - Centro de Salud Olaya Acompañamiento auditoria - Grupo de residuos Hospitalarios SDA - Centro de Salud San Jorge Acompañamiento auditoria - Grupo de residuos Hospitalarios SDA - Centro de Salud Chircales
4	Obligación 15: Acompañamiento asistencia técnica - Secretaria Distrital de Salud - Centro de Salud Libertadores Acompañamiento asistencia técnica - Secretaria Distrital de Salud - Centro de Salud Altamira Asistencia reunión - Pre-habilitación - UBA Móvil Santa Clara.
5	Obligación 17: Verificación de listado de documentos pertenecientes a gestión ambiental Elevar consulta técnica a Ministerior de Ambiente - Correcta segregación de residuos peligrosos y no peligrosos Elevar consulta técnica a Secretaria Distrital de Ambiente - Correcta segregación de residuos peligrosos y no peligrosos
6	Obligación 1: Consolidar adherencia SUBRED ABRIL 2025 Consolidar número de ciclistas - Abril - San José Obrero Consolidar número de ciclistas - Abril - Centro Oriente Consolidar número de ciclistas - Abril - Santa Clara Consolidar número de ciclistas - Abril - Materno Infantil Consolidar número de ciclistas - Abril - Primero de Mayo Consolidar número de ciclistas - Abril - San Blas Consolidar número de ciclistas primer jueves del mes - Mayo 2025 - Subred Centro Oriente.
7	Obligación 2: Remisión solicitud de bienes y servicios - Manejo silvicultural - Versión 3 Remisión solicitud de bienes y servicios - Vertimientos - Versión 1
8	Obligación 3: Diseñar - Acta de DISEÑO estrategia anual en caminada a la adecuada segregación de residuos Diseñar - Acta de EJECUCIÓN estrategia anual en caminada a la adecuada segregación de residuos Diseñar - Formulario Postest Semana Ambiental 2025 Diseñar - Pieza comunicativa - Semana Ambiental 2025 Diseñar - Pieza comunicativa - Estrategia en caminada a la adecuada segregación de residuos Actualizar PPT PIGA - Inducción 2025 Actualizar - Formulario Postest PGIRASA y Simulacro 2025 Diseñar - AP-RF-FT-027 FORMATO ROTULOS DE RESIDUOS PELIGROSOS - Mezclas de aceites y aguas
9	Obligación 5: Consolidar indicadores ECOTOOL - Abril - 2025 Elaborar matriz de consolidación indicadores ECOTOOL - Mayo 2025 Verificación componente PGIRASA MARZO (RH1, RH1 Continuación, Manifiestos, Actas) de las siguientes unidades: Materno Infantil, Primero de mayo, Samper Mendoza, Alpes, Cárcel Distrital y CER
10	Obligación 9: Asistencia reunión equipo ambiental - Abri/Mayo Elaborar acta de reunión equipo ambiental - Mayo
11	Obligación 11: Acompañamiento y verificación Hospital Santa Clara - Servicios: Urgencias pediatría, Hospitalización, UCI 2, Hospitalización pediatría, UAC, Santa María, Santa Inés.

12	Obligación 13: Gestión de plataforma AgilSalud - Abril 2025. El día 07/05/2025 se consolidan (Entradas 9, Salidas 0, Informativos 0)

V. 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 (2025-05-01) AL (2025-05-31)

VI. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 85739113	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/05/12	$ 248.800
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/05/12	$ 318.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/05/12	$ 48.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 615.800

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:	*DIEGO ALEJANDRO SUÁREZ DÍAZ* *PS_1933_2025_5487C6-2025-05-16 08:41:29* **DIEGO ALEJANDRO SUÁREZ DÍAZ** **CC: 1013617954** **CEL: 3115259366**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	*INGRID TATIANA ROJAS AVELLA* *PS_1933_2025_5487C6-2025-05-19 18:08:27* **INGRID TATIANA ROJAS AVELLA** **CARGO:** **DIRECTOR ADMINISTRATIVO CODIGO 009 GRADO 05 (E)**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1013617954	DIEGO ALEJANDRO SUAREZ DIAZ	Calle 12 Sur # 5a - 51	3115259366	zeraus.diaz@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	I	12/05/2025	85793113	$615.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	248.800	0		0		0	0	0	0	248.800	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	318.500	0	0	0	0	0	0		318.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	48.500				48.500	0	0	48.500			485	48.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	248.800	248.800
Pensión	1	318.500	318.500
Riesgos Laborales	1	48.500	48.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	615.800	615.800

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1013617954	DIEGO ALEJANDRO SUAREZ DIAZ		Calle 12 Sur # 5a - 51	3115259366	zeraus.diaz@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	I	12/05/2025	85793113	$615.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1013617954	SUAREZ DIAZ DIEGO ALEJANDRO	59	0			N																	25-14	1.990.200	318.500	0	0	0	0	EPS005	1.990.200	248.800	14-11	1.990.200	3	48.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información