


DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LAURA BETSABE CAROPRESE CRISTANCHO			CC:	1116812023
CORREO ELECTRÓNICO:	LCAROPRESEC@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3224785315
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 19 55 18			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BBVA COLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	0064296585

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5031 2025	N° CDP:	2525	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CINCO (5) MESES Y VEINTE Y SEIS (26) DÍAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/03/06	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/09/01			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO						\$ 3.897.088

 LAURA BETSABE CAROPRESE CRISTANCHO
PS_5031_2025_B07540

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LAURA BETSABE CAROPRESE CRISTANCHO
CC: 1116812023
CEL: 3224785315

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

LAURA BETSABE CAROPRESE CRISTANCHO

CON C.C N° 1.116.812.023

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO NUTRICIONISTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5031 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/03/06
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 7.274.564	No. HORAS EJECUTADAS	208
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 32.375.808	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.897.088
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS: CINCO (5) MESES Y VEINTE Y SEIS (26) DÍAS

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: HOSPITAL SAN BLAS

NOMBRE DEL SUPERVISOR: YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ

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 | REVISAR DIARIAMENTE LAS HISTORIAS CLÍNICAS PARA DETERMINAR, ASIGNAR Y SOLICITAR LA DIETA ADECUADA A CADA PACIENTE DE ACUERDO A SU CONDICIÓN CLÍNICA Y MANUAL DE DIETA INSTITUIDO. |
| 2 | REALIZAR LA CLASIFICACIÓN EN LA ESCALA DE RIESGO A TRAVÉS DEL TAMIZAJE NUTRICIONAL EN LO SERVICIOS REQUERIDOS, PARA INICIAR PROCESO DE CUMPLIMIENTO CRITERIOS DE ACREDITACIÓN. |
| 3 | CONTESTAR OPORTUNAMENTE LAS INTERCONSULTAS CON EL FIN DE INICIAR TRATAMIENTO MÉDICO NUTRICIONAL APLICANDO LAS GUÍAS DE PRACTICA Y LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES DEL SERVICIO DE NUTRICIÓN Y MANTENIENDO LAS METAS INSTITUCIONALES |
| 4 | FORMULAR SOPORTE NUTRICIONAL A LOS PACIENTES QUE LO AMERITEN EN LOS SERVICIOS ASIGNADOS APLICANDO LAS GUÍAS DE PRÁCTICA Y LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES DEL SERVICIO DE NUTRICIÓN, |
| 5 | REGISTRAR LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL ÁREA PARA MANTENER UN MECANISMO DE CONTROL Y EVALUACIÓN EN LOS FORMATOS PREESTABLECIDOS |
| 6 | REALIZAR RONDAS DE SUPERVISIÓN DE DESAYUNOS Y ALMUERZOS REGISTRANDO EN LOS FORMATOS ESTABLECIDOS LAS NOVEDADES PRESENTADAS, COMO CAMBIO DE DIETAS, INICIO DE VÍA ORAL O EN SU DEFECTO CONTROL DE INGESTA |
| 7 | REALIZAR LA CONSULTA EXTERNA DE ADULTOS Y PEDIATRÍA SEGÚN ASIGNACIÓN RESPECTIVA DE CONFORMIDAD A SU ESPECIALIDAD. |
| 8 | DILIGENCIAR LOS FORMATOS ESTABLECIDOS EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA |
| 9 | REGISTRAR EN LA HISTORIA CLÍNICA LAS VALORACIONES Y SEGUIMIENTOS NUTRICIONALES COMO PARTE DEL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CUMPLIENDO CON LA NORMATIVIDAD APLICABLE Y METAS INSTITUCIONALES |
| 10 | ORIENTAR AL PACIENTE Y LA FAMILIA EN LA MODIFICACIÓN DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS PARA CONTRIBUIR AL MEJORAMIENTO DEL ESTADO NUTRICIONAL, ASÍ COMO LAS RECOMENDACIONES PARA MANEJO EN CASA EN LOS CASOS QUE SE REQUIERA. |
| 11 | PARTICIPAR LAS REUNIONES QUE SE CONVOQUEN PARA TRATAR ASPECTOS RELACIONADOS CON LOS PACIENTES. |
| 12 | PARTICIPAR EN LA SOCIALIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE MANEJO, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA UNIFICAR CRITERIOS EN EL MANEJO DEL PACIENTE, APOYANDO EN LA REALIZACIÓN DE SU ACTUALIZACIÓN. |
| 13 | SE DESARROLLARÁN LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN REALIZADA POR EL SUPERVISOR |
| 14 | CUMPLIR CON LA PROGRAMACIÓN DE AGENDA O CONCERTACIÓN DE CRONOGRAMA EN EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE A HACE PARTE DEL PRESENTE CONTRATO. |

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 (2025-09-01) AL (2025-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 89653049	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2025/09/11	\$ 202.400
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/09/11	\$ 259.100
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/09/11	\$ 39.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 501.000

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 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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 <i>LAURA BETSABE CAROPRESE CRISTANCHO</i> <i>PS_5031_2025_B07540</i> <hr/> LAURA BETSABE CAROPRESE CRISTANCHO CC: 1116812023
---------------------------------------	--

FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <i>FRANK STEPHAN VANEGAS CARVAJAL</i> <i>PS_5031_2025_B07540</i> <hr/> FRANK STEPHAN VANEGAS CARVAJAL SUPERVISOR ALTERNO
------------------------------	--

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <i>YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ</i> <i>PS_5031_2025_B07540</i> <hr/> YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO
--	---

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1116812023	LAURA BETSABE CAROPRESE CRISTANCHO		CARRERA 19 # 55 - 18	0000000000	lauracaropresse9c@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			ARAUCA	ARAUCA	

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	
2025-08	2025-08	I	11/09/2025	89653049	\$503.000	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	202.400	0		0		0	6	800	0	203.200	1

TOTALES PENSION

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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	259.100	0	0	0	0	6	1.000	0	260.100	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	39.500				39.500	6	200	39.700			395	39.700	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	6	0	0	0
ICBF				
0	6	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	202.400	203.200
Pensión	1	259.100	260.100
Riesgos Laborales	1	39.500	39.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	501.000	503.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1116812023	LAURA BETSABE CAROPRESE CRISTANCHO		CARRERA 19 # 55 - 18	0000000000	lauracaropresse9c@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			ARAUCA	ARAUCA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	11/09/2025	89653049	\$503.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1116812023	CAROPRESE CRISTANCHO LAURA BETSABE	59	0		N									X									230201	1.618.790	259.100	0	0	0	0	EPS037	1.618.790	202.400	14-23	1.618.790	3	39.500		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA