

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	MAIRA ALEJANDRA SALGADO LAISECA			CC:	1002686692
CORREO ELECTRÓNICO:	mairasalgado2003@gmail.com			TELÉFONO:	3213174044
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 150A 45 65			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	49214892676
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 8216 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.435.680	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/12/10	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/15	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/11 AL 2025/12/31				



MAIRA ALEJANDRA SALGADO LAISECA
PS_8216_2025_8D443C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MAIRA ALEJANDRA SALGADO LAISECA
CC: 1002686692
CEL: 3213174044

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
MAIRA ALEJANDRA SALGADO LAISECA

CON C.C N° 1.002.686.692

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 8216 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/12/10
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 696.979	No. HORAS EJECUTADAS	130
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 2.439.427	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.435.680
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO

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 REVISÓ 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	. SE REALIZÓ LA CLASIFICACIÓN EN LA ESCALA DE RIESGO A TRAVÉS DEL TAMIZAJE NUTRICIONAL EN LOS SERVICIOS REQUERIDOS, PARA INICIAR PROCESO DE CUMPLIMIENTO CRITERIOS DE ACREDITACIÓN.
3	SE CONTESTÓ 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	SE FORMULÓ EL 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	SE REGISTRARON LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL ÁREA PARA MANTENER UN MECANISMO DE CONTROL Y EVALUACIÓN EN LOS FORMATOS PREESTABLECIDOS
6	SE REALIZARON 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	SE REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA LAS VALORACIONES Y SEGUIMIENTOS NUTRICIONALES COMO PARTE DEL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CUMPLIENDO CON LA NORMATIVIDAD APLICABLE Y METAS INSTITUCIONALES
8	SE ORIENTO 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.
9	SE PARTICIPO EN LAS REUNIONES QUE SE CONVOQUEN PARA TRATAR ASPECTOS RELACIONADOS CON LOS PACIENTES.
10	SE PARTICIPO 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.
11	SE CUMPLIO CON LA PROGRAMACIÓN DE AGENDA O CONCERTACIÓN DE CRONOGRAMA EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE A HACE PARTE DEL PRESENTE CONTRATO.
12	SE DESARROLLARON LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN REALIZADA POR EL SUPERVISOR

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 (2025-12-11) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	Nº	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS		\$ 0
PENSIÓN:	PORVENIR		\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA		\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 0

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	 MAIRA ALEJANDRA SALGADO LAISECA PS_8216_2025_8D443C MAIRA ALEJANDRA SALGADO LAISECA CC: 1002686692
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 FRANK STEPHAN VANEGAS CARVAJAL PS_8216_2025_8D443C FRANK STEPHAN VANEGAS CARVAJAL SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO PS_8216_2025_8D443C MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO SUPERVISOR DEL CONTRATO

PAGADO 06/01/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MAIRA ALEJANDRA SALGADO LAISECA		
Documento	CC1002686692	Dirección	CL 150A #45 - 65 AP 304 ED AUSTRALIA
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	6018089158
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total							
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TAE	TDE	TDP	TAP	USP	COR	USI	SGR	IME	UMA	VAC	VAP	VCT	IND	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1002686692	MAIRA ALEJANDRA SALGADO LAISECA	59	00																		0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 1.423.500	\$ 178.000	2.436	\$ 1.423.500	\$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 440.500	

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 227.800	\$ 178.000	\$ 34.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 440.500	\$ 0	\$ 440.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Página 1 de 1

¡El Poder de lo SIMPLE!