

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

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	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 4.421.696
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/03/06	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



LAURA BETSABE CAROPRESE CRISTANCHO
PS_5031_2025_392006

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	236
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 44.741.568	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.421.696
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS ONCE (11) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: HOSPITAL SAN BLAS

NOMBRE DEL SUPERVISOR: MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO

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 REALIZÓ REVISIÓN DIARIA DE 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 REALIZA LA CLASIFICACIÓN EN LA ESCALA DE RIESGO A TRAVÉS DEL TAMIZAJE NUTRICIONAL EN LOS SERVICIOS REQUERIDOS.
3	SE CONTESTARON 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 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 ASI 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 REALIZA CONSULTA EXTERNA EN PACIENTES DE LA UNIDAD RENAL.
8	SE DILIGENCIARON LOS FORMATOS ESTABLECIDOS EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.
9	SE REGISTRARON EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS LAS VALORACIONES Y SEGUIMIENTOS NUTRICIONALES COMO PARTE DEL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CUMPLIENDO CON LA NORMATIVIDAD APLICABLE Y METAS INSTITUCIONALES
10	SE REALIZÓ ORIENTACIÓN 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	SE PARTICIPÓ EN LAS REUNIONES CONVOCADAS PARA TRATAR ASPECTOS RELACIONADOS CON LOS PACIENTES.
12	NO SE PARTICIPÓ EN LA SOCIALIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE MANEJO, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA UNIFICAR CRITERIOS EN EL MANEJO DEL PACIENTE
13	SE DIO CUMPLIMIENTO CON LA CONCERTACIÓN DE CRONOGRAMA EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE A HACE PARTE DEL PRESENTE CONTRATO.
14	SE DESARROLLAN LAS ACTIVIDADES EN EL HOSPITAL SANTA CLARA Y HOSPITAL LA VICTORIA 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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL


No. DE PLANILLA:	N° 1632728	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2026/01/05	\$ 202.400
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/01/05	\$ 259.100
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/01/05	\$ 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	 <p><i>LAURA BETSABE CAROPRESE CRISTANCHO</i> PS_5031_2025_392006</p> <hr/> <p>LAURA BETSABE CAROPRESE CRISTANCHO CC: 1116812023</p>
---------------------------------------	--

FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <p><i>FRANK STEPHAN VANEGAS CARVAJAL</i> PS_5031_2025_392006</p> <hr/> <p>FRANK STEPHAN VANEGAS CARVAJAL SUPERVISOR ALTERNO</p>
------------------------------	---

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO</i> PS_5031_2025_392006</p> <hr/> <p>MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>
--	--

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1116812023	LAURA BETSABE CAROPRESE CRISTANCHO		CARRERA 19 # 55 - 18	0000000000	lcaropresec@gmail.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	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	13/02/2026	50829537	\$549.700	

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	221.100	0		0		0	7	1.000	0	222.100	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	283.000	0	0	0	0	7	1.300	0	284.300	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	43.100				43.100	7	200	43.300			431	43.300	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	7	0	0	0
ICBF				
0	7	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	221.100	222.100
Pensión	1	283.000	284.300
Riesgos Laborales	1	43.100	43.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	547.200	549.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1116812023	LAURA BETSABE CAROPRESE CRISTANCHO		CARRERA 19 # 55 - 18	0000000000	lcaropresec@gmail.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	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2026-01	2026-01	\$549.700				

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Colom. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	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																	230201	1.768.678	283.000	0	0	0	0	EPS037	1.768.678	221.100	14-23	1.768.678	3	43.100		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA