

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	CARLOS JAVIER CASTILLO MEJIA		CC:	1001871577	
CORREO ELECTRÓNICO:	NUT.CARLOSCASTILLO@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3233489618	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 3 SUR 14B 17		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	465355352

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3151 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.897.088
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



CARLOS JAVIER CASTILLO MEJIA
PS_3151_2025_F40FB6

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

CARLOS JAVIER CASTILLO MEJIA

CC: 1001871577

CEL: 3233489618

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

CARLOS JAVIER CASTILLO MEJIA

CON C.C N°

1.001.871.577

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 3151 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 15.588.352	No. HORAS EJECUTADAS	208
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 54.521.760	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.897.088
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES
--	------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL MATERNO INFANTIL
--	---------------------------

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 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 lo 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 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 realizó 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 orientó 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.
8	se participó de las reuniones que se convoquen para tratar aspectos relacionados con los pacientes.
9	Se participó 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.
10	Se cumplió con la programación de agenda o concertación de cronograma en el desarrollo de sus actividades contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte del presente contrato.
11	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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 7999028432	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/01/05	\$ 202.400
PENSIÓN:	PORVENIR	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



CARLOS JAVIER CASTILLO MEJIA

PS_3151_2025_F40FB6

CARLOS JAVIER CASTILLO MEJIA

CC: 1001871577

FIRMA DE QUIEN VALIDA



FRANK STEPHAN VANEGAS CARVAJAL

PS_3151_2025_F40FB6

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_3151_2025_F40FB6

MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO

SUPERVISOR DEL CONTRATO

