

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	GABRIELA ALARCON TRIANA		CC:	1001298673	
CORREO ELECTRÓNICO:	GABRIELAALARCONTRIANA@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3117712464	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	AC 21 1 50		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	04605033453

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5723 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.897.088
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/06/11	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



GABRIELA ALARCON TRIANA
PS_5723_2025_1D13DF

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

GABRIELA ALARCON TRIANA

CC: 1001298673

CEL: 3117712464

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

GABRIELA ALARCON TRIANA

CON C.C N°

1.001.298.673

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 5723 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/06/11
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.598.059	No. HORAS EJECUTADAS	208
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 33.724.798	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.897.088
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES
--	----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

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	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
2	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
3	REGISTRAR LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL ÁREA PARA MANTENER UN MECANISMO DE CONTROL Y EVALUACIÓN EN LOS FORMATOS PREESTABLECIDOS
4	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
5	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
6	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.
7	PARTICIPAR LAS REUNIONES QUE SE CONVOQUEN PARA TRATAR ASPECTOS RELACIONADOS CON LOS PACIENTES.
8	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
9	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.
10	SE DESARROLLARÁN LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN REALIZADA POR EL SUPERVISOR
11	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

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° 1078503768	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/01/05	\$ 179.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/01/05	\$ 230.300
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/05	\$ 35.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 445.300

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	 GABRIELA ALARCON TRIANA <i>PS_5723_2025_1D13DF</i> <hr/> GABRIELA ALARCON TRIANA CC: 1001298673
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 FRANK STEPHAN VANEGAS CARVAJAL <i>PS_5723_2025_1D13DF</i> <hr/> 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 <i>PS_5723_2025_1D13DF</i> <hr/> MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO SUPERVISOR DEL CONTRATO



PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-02-13, 02:40:42 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1079411368
 Periodo Cotización: enero de 2026 Periodo Servicio: enero de 2026

PAGADO 13/02/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	GABRIELA ALARCON TRIANA		
Documento	CC1001298673	Dirección	CL 21 #21 - 50 CASA 16
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3117712464
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	CHIA	Departamento	CUNDINAMARCA
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	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	SIN	IGL	UMC	AVP	ICP	IRP	Días FER	Días EPS	Días ANC	Días CCF	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 1001298673	GABRIELA ALARCON TRIANA	57	00																0	30	30	30	(230201) PROTECCION	\$ 1.750.905	\$ 280.200	(EPS008) COMPENSAR EPS	\$ 1.750.905	\$ 218.900	2.436	\$ 1.750.905	\$ 42.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	\$ 1.750.905	\$ 10.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 552.400

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
\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 280.200	\$ 218.900	\$ 42.700	\$ 10.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 552.400	\$ 0	\$ 552.400