

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28-02-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	FLOR ANGELA MORENO NOVA		CC:	1018436786	
CORREO ELECTRÓNICO:	ANGELMOREN.5@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3192593193	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 38 73C 76 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	10824812786

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1252 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.843.840
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/02/02 AL 2026/02/28		



FLOR ANGELA MORENO NOVA
PS_1252_2026_D6EE47

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

FLOR ANGELA MORENO NOVA

CC: 1018436786

CEL: 3192593193

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

FLOR ANGELA MORENO NOVA

CON C.C N°

1.018.436.786

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO NUTRICIONISTA DIETISTA 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 1252 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/02
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 14.894.880	No. HORAS EJECUTADAS	192
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 14.894.880	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.843.840
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) 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 realiza revisión de la historia clínica en aplicativo dinámico, durante la consulta para determinar la dieta adecuada a cada paciente de acuerdo a su condición clínica. |
| 2 | Revisión de Laboratorios por la intranet de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, revisión y valoración del paciente durante la consulta y registro en la historia clínica, por Dinámica Gerencial, con el fin de determinar el riesgo nutricional con base al diagnóstico del estado nutricional de los pacientes según diferentes patologías, teniendo en cuenta parámetros e indicadores clínicos bioquímicos, examen físico, antropométrico y de consumo de alimentos. |
| 3 | Formular nutrición enteral, diligenciando el aplicativo de MIPRES, a los pacientes que lo ameriten en consulta externa, según la valoración realizada. |
| 4 | Elaborar el resumen de la historia clínica, formato NO POS para las formulaciones en tratamientos de complementos nutricionales y nutriciones enterales según requerimiento de los pacientes. |
| 5 | Diligenciar el formato RIPS para mantener el mecanismo de control de los pacientes vistos durante la jornada |
| 6 | Se realiza consulta externa de usuarios adultos y pediatra según asignación respectiva de conformidad a su especialidad. |
| 7 | Se realiza diligenciamiento de la ficha 113 de densutrición, en el servicio de consulta externa |
| 8 | Se registra en la historia clínica las valoraciones y seguimientos nutricionales, específicamente en prescripción y plan de tratamiento para el manejo integral del paciente de acuerdo a la normatividad aplicable. |
| 9 | Se realiza explicación a los pacientes de como debe ser la alimentación, según la patología principal, en la historia clínica en el espacio de prescripción del tratamiento y plan se resume lo dicho al paciente. |

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 (2026-02-02) AL (2026-02-28)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1079597009	OPERADOR:	SIMPLE
-------------------------	---------------	------------------	--------

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/02/11	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/02/11	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/02/11	\$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 541.800



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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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>FLOR ANGELA MORENO NOVA</i> <i>PS_1252_2026_D6EE47</i></p> <hr/> <p>FLOR ANGELA MORENO NOVA CC: 1018436786</p>
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <p><i>FRANK STEPHAN VANEGAS CARVAJAL</i> <i>PS_1252_2026_D6EE47</i></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> <i>PS_1252_2026_D6EE47</i></p> <hr/> <p>MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>