

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LINA MARCELA PACHECO RODRIGUEZ			CC:	1082982743
CORREO ELECTRÓNICO:	LMARCELAPACHECO@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3017966115
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 3 SUR 14B 17			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	91274150446
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1308 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 4.164.160	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31				
 LINA MARCELA PACHECO RODRIGUEZ PS_1308_2026_AFA7A5 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LINA MARCELA PACHECO RODRIGUEZ CC: 1082982743 CEL: 3017966115					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
LINA MARCELA PACHECO RODRIGUEZ

CON C.C N°1.082.982.743

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 SERVICIOSPROFESIONALES No.PS 1308 2026FECHA INICIO CONTRATO2026/02/02

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$16.656.640No. HORAS EJECUTADAS208

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$24.824.800VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$4.164.160

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASSEIS (6) 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	SE REVISARON 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 CONTESTARÓN 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 REALIZÓ FORMULACION DE SOPORTE NUTRICIONAL A LOS PACIENTES QUE LO REQUIRIERÓN EN LOS SERVICIOS ASIGNADOS APLICANDO LAS GUÍAS DE PRÁCTICA Y LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES DEL SERVICIO DE NUTRICIÓN,
5	SE REGISTRARON LAS ACTIVIDADESDES 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 REGISTRÓ 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 REALIZO ORIENTACION 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	PARTICIPÉ EN LAS REUNIONES QUE SE CONVOCARON PARA TRATAR ASPECTOS RELACIONADOS CON LOS PACIENTES.
10	PARTICIPE 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.

11	SE DIO CUMPLIMIENTO DE 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.
12	SE DESARROLLARÓN 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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 1082687436	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/07/09	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/07/09	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/07/09	\$ 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 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	 LINA MARCELA PACHECO RODRIGUEZ PS_1308_2026_AFA7A5 LINA MARCELA PACHECO RODRIGUEZ CC: 1082982743
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 FRANK STEPHAN VANEGAS CARVAJAL PS_1308_2026_AFA7A5 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_1308_2026_AFA7A5

MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO
SUPERVISOR DEL CONTRATO

Fecha creación reporte: 2026-08-11, 02:46:07 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Numéro Planilla:

1083430727

Periodo Cotización:

julio de 2026

Periodo Servicio:

julio de 2026

PAGADO 11/08/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LINA MARCELA PACHECO RODRIGUEZ		
Documento	CC1082982743	Dirección	CL 3 SUR #14 B - 17 APTO 301
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	0
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	TDE	TAE	TDP	TAP	NSP	COR	VST	SUN	IGE	VAC	VNP	NCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	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 1082982743	LINA MARCELA PACHECO RODRIGUEZ	59	00	C																0	30	30	30	1	(230301) PORVENIR	\$ 1.750.905	\$ 280.200	(EPS010) EPS SURA	\$ 1.750.905	\$ 218.900	2,436	\$ 1.750.905	\$ 42.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	\$ 58.364	\$ 400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 542.200

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	\$ 58.364	\$ 280.200	\$ 218.900	\$ 42.700	\$ 400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 542.200	\$ 0	\$ 542.200