

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	NATALIA GONZALEZ RODRIGUEZ			CC:	1001314137
CORREO ELECTRÓNICO:	NATUCHA1207@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3142977084
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 22B 44 05			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	007900770954
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1244 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 4.804.800	
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				
 NATALIA GONZALEZ RODRIGUEZ PS_1244_2026_DFEF3B NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: NATALIA GONZALEZ RODRIGUEZ CC: 1001314137 CEL: 3142977084					

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

CON C.C N°1.001.314.137

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 1244 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/02
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$16.656.640	No. HORAS EJECUTADAS	240
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$28.668.640	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$4.804.800
--	--------------	---	-------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) 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 REVISARON LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LOS SERVICIOS ASIGNADOS PARA DETERMINAR, ESTABLECER Y SOLICITAR LA DIETA ADECUADA PARA CADA PACIENTE, DE ACUERDO CON SU CONDICIÓN CLÍNICA Y EL MANUAL DE DIETAS INSTITUCIONAL
2	SE REALIZÓ LA CLASIFICACIÓN EN LA ESCALA DE RIESGO MEDIANTE EL TAMIZAJE NUTRICIONAL EN LOS SERVICIOS REQUERIDOS, CON EL FIN DE DAR CUMPLIMIENTO A LOS CRITERIOS DE ACREDITACIÓN.
3	SE CONTESTARON OPORTUNAMENTE LAS INTERCONSULTAS ASIGNADAS, CON EL FIN DE INICIAR EL TRATAMIENTO MÉDICO-NUTRICIONAL, APLICANDO LAS GUÍAS DE PRÁCTICA Y LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES DEL SERVICIO DE NUTRICIÓN Y MANTENIENDO LAS METAS INSTITUCIONALES
4	SE FORMULÓ SOPORTE NUTRICIONAL A LOS PACIENTES QUE LO AMERITARON EN LOS SERVICIOS ASIGNADOS, APLICANDO LAS GUÍAS DE PRÁCTICA Y LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES DEL SERVICIO DE NUTRICIÓN.
5	SE REALIZARON RONDAS DE SUPERVISIÓN DE DESAYUNOS Y ALMUERZOS EN LOS SERVICIOS ASIGNADOS, REGISTRANDO EN LOS FORMATOS ESTABLECIDOS LAS NOVEDADES PRESENTADAS, COMO CAMBIOS DE DIETA, INICIO DE VÍA ORAL O, EN SU DEFECTO, CONTROL DE INGESTA.
6	SE REGISTRARON EN LA HISTORIA CLÍNICA LAS VALORACIONES Y LOS SEGUIMIENTOS NUTRICIONALES COMO PARTE DEL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE, CUMPLIENDO CON LA NORMATIVIDAD APLICABLE Y LAS METAS INSTITUCIONALES.
7	SE ORIENTÓ AL PACIENTE Y A LA FAMILIA EN LA MODIFICACIÓN DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS PARA CONTRIBUIR AL MEJORAMIENTO DEL ESTADO NUTRICIONAL, ASÍ COMO EN LAS RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO EN CASA EN LOS CASOS QUE LO REQUIRIERON.
8	SE PARTICIPÓ EN LAS REUNIONES CONVOCADAS PARA TRATAR ASPECTOS RELACIONADOS CON LOS PACIENTES.
9	DE ACUERDO CON LA PROGRAMACIÓN, SE REALIZARON VISITAS DE VERIFICACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO EN LOS SERVICIOS DE ALIMENTOS DE LA SUBRED, CON EL FIN DE SUPERVISAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS PARÁMETROS DE CALIDAD, LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES.
10	SE REALIZÓ EL CRUCE DE FACTURACIÓN DE LAS UNIDADES ASIGNADAS, INCLUYENDO LAS DIETAS SUMINISTRADAS A PACIENTES HOSPITALIZADOS, MÉDICOS INTERNOS Y RESIDENTES, ASÍ COMO LOS REFRIGERIOS PARA PACIENTES DE LA UNIDAD RENAL, PROPORCIONADOS POR LA EMPRESA CONTRATADA PARA TAL FIN.
11	SE REALIZARON LAS ACTIVIDADES ADICIONALES REQUERIDAS SEGÚN LAS NECESIDADES DEL ÁREA DE NUTRICIÓN DE LA SUBRED.
12	SE CUMPLIÓ CON LA PROGRAMACIÓN DE LA AGENDA O CONCERTACIÓN DEL CRONOGRAMA PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HIZO PARTE DEL CONTRATO.
13	SE REGISTRARON LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL ÁREA, CON EL FIN DE MANTENER UN MECANISMO DE CONTROL Y EVALUACIÓN EN LOS FORMATOS PREESTABLECIDOS.
14	LAS ACTIVIDADES SE DESARROLLARON EN LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE, DE ACUERDO CON 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° 93466569	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSAIUD	2026/07/14	\$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/07/14	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/07/14	\$ 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	 NATALIA GONZALEZ RODRIGUEZ PS_1244_2026_DFEF3B NATALIA GONZALEZ RODRIGUEZ CC: 1001314137
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 FRANK STEPHAN VANEGAS CARVAJAL PS_1244_2026_DFEF3B 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_1244_2026_DFEF3B MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1001314137	NATALIA GONZALEZ RODRIGUEZ		Calle 22b #44-05	3142977084	natucha1207@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94274555	12/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	\$0	\$1.392.200	

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					
EPS001	ALIANSAUD EPS S.A.	830113831-0	562.500	0		0		0	0	0	0	562.500	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	720.000	0	0	0	0	0	0		720.000	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	109.700				109.700	0	0	109.700			1.097	109.700	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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	562.500	562.500
Pensión	1	720.000	720.000
Riesgos Laborales	1	109.700	109.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.392.200	1.392.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1001314137	NATALIA GONZALEZ RODRIGUEZ		Calle 22b #44-05	3142977084	natucha1207@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94274555	12/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	\$0	\$1.392.200	

DETALLE POR COTIZANTE																																																		
INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																	
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Económico	INS	RET	TDE	TAE	TAP	UPP	VST	SEN	ICE	LVA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC 1001314137	GONZALEZ RODRIGUEZ NATALIA	59	0			N																230201	4.500.000	30	720.000	0	0	0	0	EPS001	4.500.000	30	562.500	14-11	4.500.000	30	3	109.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0