

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	NICOLAS ELIECER DE LA VALLE TORRES		CC:	85462280	
CORREO ELECTRÓNICO:	dr.lavalle28@gmail.com		TELÉFONO:	3015667929	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 12 71C 61		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BBVA COLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	094539509

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5596 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 7.500.024
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/06	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



NICOLAS ELIECER DE LA VALLE TORRES  
PS\_5596\_2025\_2009E4

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:  
NICOLAS ELIECER DE LA VALLE TORRES  
CC: 85462280  
CEL: 3015667929

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

**NICOLAS ELIECER DE LA VALLE TORRES**

**CON C.C N°**

**85.462.280**

**OBJETO DEL CONTRATO:**

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.  
- CONVENIO EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGUN RESOLUCION 1499 26-08-2024

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.**

**PS 5596 2025**

**FECHA INICIO CONTRATO**

**2025/01/06**

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO**

\$

22.500.072

**No. HORAS EJECUTADAS**

**184**

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**

\$

40.394.151

**VALOR DE HONORARIOS**

\$ 7.500.024

**PERÍODO A CERTIFICAR:**

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS**

ONCE (11) MESES

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:**

HOSPITAL SANTA CLARA

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:**

BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

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	. VALORAR DE MANERA INTEGRAL EL ESTADO DE SALUD DE LOS USUARIOS OBJETO DE INTERVENCIÓN.
2	IDENTIFICAR LOS PRINCIPALES CAMBIOS EN EL DESARROLLO.
3	IDENTIFICAR OPORTUNAMENTE FACTORES DE RIESGO CON EL FIN DE PREVENIRLOS O DERIVARLOS PARA SU MANEJO OPORTUNO
4	.IDENTIFICAR Y POTENCIAR CAPACIDADES, HABILIDADES Y PRÁCTICAS PARA PROMOVER EL CUIDADO DE LA SALUD.
5	CONSTRUIR CONCERTADAMENTE CON EL USUARIO EL PLAN DE CUIDADO.
6	. REALIZAR LOS REGISTROS EN EL FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA PARA CADA RIA ESTABLECIDO POR LA SISS
7	EN CASO DE IDENTIFICAR EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PUBLICA,REALIZAR LA NOTIFICACIÓN AL SUBSISTEMA CORRESPONDIENTE Y NOTIFICAR AL LÍDER OPERATIVO
8	REGISTRAR INFORMACIÓN EN LA BASE DE DATOS DE ATENCIONES EN SALUD Y DILIGENCIAR EL PLAN DE CUIDADO FAMILIARCON LAS RECOMENDACIONES DEFINIDAS SEGÚN LOS HALLAZGOS Y LA CONCERTACIÓN DE COMPROMISOS CON LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA
9	EL MÉDICO GENERAL ESTARÁPRESENTE CON EL USUARIO CUANDO SE REQUIERA COMUNICACIÓN TELEFÓNICA CON MÉDICO FAMILIAR,INTERNISTA O PSIQUIATRÍA DE LA SUBRED, QUIENES REALIZARÁN UNA TELEASISTENCIA PARA FORTALECER LA RESOLUTIVIDAD DE LOS PROFESIONALES EN CAMPO
10	LLAMAR AL AUXILIAR DE ENFERMERÍA DEL GRUPO FAMILIAR PARAAGENDAR CITA CON ESPECIALISTAS.
11	Deberá establecer la prioridad de la familia: Alta, Media o Baja, según las condiciones clínicas de cada uno de los integrantes.
12	En caso de que la familia reporte que alguno de sus integrantes pertenece a población priorizada como: mujeres gestantes, niños menores de cinco (5) años, personas con enfermedades crónicas, adultos mayores, personas en condición de discapacidad o dependencia, y sus cuidadores, se debe programar una nueva visita en donde el usuario este presente y reciba la atención en salud por parte del equipo.
13	Debe verificar que todos los usuarios valorados en el Hogar hayan acudido a todas las atenciones definidas en el curso de vida por la Resolución 3280 de 2018 en el caso contrario, ordenar o canalizar.
14	En caso de identificar población sin aseguramiento que cumpla los criterios para afiliación por oficios debe remitir la información al grupo familiar para la gestión de la afiliación de oficio a través del Sistema de Afiliación Transaccional (SAT).
15	Entregar al grupo de gestión familiar el reporte de las atenciones realizadas por los profesionales en la herramienta prevista para tal fin.
16	En caso de encontrar una emergencia en cualquiera de sus visitas, los integrantes del Grupo Base asistirán a quien lo necesite y/o solicitarán apoyo al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias - CRUE de la Secretaría Distrital de Salud para remitir a la persona a una Institución Prestadora de Salud
17	Realizar Canalización SIRC (para usuarios de otras EAPB que no tienen contrato vigente con la Subred).
18	. Realizará controles por profesional de medicina a Gestantes con MME o sífilis gestacional y Crónicos afiliados a capital salud subsidiado.
19	Realizar valoraciones Integrales en Jornadas de Salud.
20	Detección temprana de alteraciones, formulación y educación en salud.
21	Asistir a los comités de salud.
22	Productos a entregar por parte del profesional que realiza la intervención: Historia clínica establecida en la SISS, diligenciada, Ordenes médicas (en el caso de que el usuario pertenezca a PNA, capital salud u EAPB que tenga contrato vigente con la Subred),
23	Realizar valoraciones integrales en las Jornadas de Salud

24

Realizar demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato bajo el CONVENIO DE EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL según resolución 1499 26-08-2024 y todas aquellas que modifiquen y adicione.

### 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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

### IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 91435817	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/11/13	\$ 375.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/13	\$ 480.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/11/13	\$ 73.080
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 928.080

### 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, 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**



NICOLAS ELIECER DE LA VALLE TORRES

PS\_5596\_2025\_2009E4

**NICOLAS ELIECER DE LA VALLE TORRES**

**CC: 85462280**

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**



BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

PS\_5596\_2025\_2009E4

**BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Ver contrato

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
<input type="checkbox"/> PS_5555_2025_JUNIO_PLANILLASS-N.pdf	PS_5555_2025_JUNIO_PLANILLASS-N.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> PS 5555 CUENTA DE COBRO JULIO 2025...pdf	PS 5555 CUENTA DE COBRO JULIO 2025...pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> PS 5555 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025 .pdf	PS 5555 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025 .pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> 1 PS 5596 2025 CRP-17251.pdf	1 PS 5596 2025 CRP-17251.pdf	Comprador Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> PS 5596 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 5596 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
PS_5596_2025_OCTUBRE_PLANILLASS.pdf (Archivado)	PS_5596_2025_OCTUBRE_PLANILLASS.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Documentos de ejecución del contrato

Cancelar

Borrar Cargar nuevo

Evaluación de la Entidad Estatal

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	85462280	NICOLAS ELIECER DE LA VALLE TORRES	CL 12A 71C 21 TR 3 AP 304	3015667929	dr.lavalle28@gmail.com	
FORMA- PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	13/11/2025	91435817	\$855.800	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	345.800	0		0		0	0	0	0	345.800	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

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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	67.400				67.400	0	0	67.400			674	67.400	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	345.800	345.800
Pensión	1	442.600	442.600
Riesgos Laborales	1	67.400	67.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>855.800</b>	<b>855.800</b>

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

