

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	NICOLAS SILVA GALVIS		CC:	1098631942	
CORREO ELECTRÓNICO:	NICOLAS.SILVA1219@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3016778952	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 38 14 11 TO 1 AP 1207		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	91272717287

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3345 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 6.856.200
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/25	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



NICOLAS SILVA GALVIS  
PS\_3345\_2026\_B1F322

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

NICOLAS SILVA GALVIS

CC: 1098631942

CEL: 3016778952

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

**NICOLAS SILVA GALVIS**

**CON C.C N°**

**1.098.631.942**

**OBJETO DEL CONTRATO:**

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL TRASLADOS SECUNDARIOS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE DE URGENCIAS E.S.E.

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

**PS 3345 2026**

**FECHA INICIO CONTRATO**

**2026/02/25**

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO**

\$

22.671.168

**No. HORAS EJECUTADAS**

**180**

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**

\$

22.671.168

**VALOR DE HONORARIOS**

**PERÍODO A CERTIFICAR:**

\$ 6.856.200

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS**

TRES (3) MESES Y SEIS (6) DIAS

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:**

HOSPITAL SAN BLAS

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:**

JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE

**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	REALICÉ EL RECIBO Y LA ENTREGA DE TURNO CONFORME A LOS PROTOCOLOS VIGENTES DE LA ENTIDAD, NOTIFICANDO OPORTUNAMENTE AL REFERENTE DE REFERENCIA CUALQUIER NOVEDAD OCURRIDA DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.
2	ELABORÉ LA HISTORIA CLINICA CONFORME A LA NORMATIVA COLOMBIANA VIGENTE, DE ACUERDO CON LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 Y UTILIZANDO EL FORMATO DE REGISTRO DE ATENCIÓN PARA TRASLADO ASISTENCIAL SECUNDARIO (CODIGO: MI-UR-FT-017), ASI COMO EL FORMATO LISTA DE CHEQUEO TRASLADO ASISTENCIAL (MI-UR-FT-015), ASEGURANDO SIEMPRE LA CLARIDAD Y EXACTITUD DE LA INFORMACIÓN REGISTRADA.
3	BRINDÉ INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN AL PACIENTE Y A SU FAMILIA ACERCA DE LA CONDICIÓN CLÍNICA, LOS PLANES DE MANEJO Y LAS RECOMENDACIONES, ASÍ COMO RESOLVER CUALQUIER INQUIETUD RELACIONADA CON EL PROCESO DE TRASLADO.
4	PARTICIPÉ DE MANERA ACTIVA Y COMPROMETIDA EN LAS CAPACITACIONES, COMITES, REUNIONES Y ACTIVIDADES DE SERVICIO ORGANIZADAS POR LA OFICINA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA, ASI COMO POR LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS.
5	GARANTICÉ LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN Y LA INTEGRIDAD DE LOS REGISTROS CLINICOS.
6	REALICÉ EL CONTROL, CONSERVACIÓN Y REGISTRO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, INSUMOS Y CAMILLA DE LA AMBULANCIA, UTILIZANDO LOS FORMATOS INSTITUCIONALES CORRESPONDIENTES Y SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS LOS PRIMEROS 7 PRIMEROS DIAS DEL MES, FORMATOS MI-UR-FT-032 AMBULANCIA BASICA Y MI-UR-FT-033 AMBULANCIA MEDICALIZADA.
7	CONOCÍ Y CUMPLÍ LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, ASI COMO REPORTAR EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES.
8	COMUNiqué OPORTUNAMENTE AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER SITUACIÓN QUE PUEDA IMPACTAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, CON EL FIN DE PERMITIR LA TOMA DE DECISIONES ADECUADAS Y GARANTIZAR LA CONTINUIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.
9	RECIBÍ Y ENTREGUE AL PACIENTE CON EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA Y/O MEDICO DEL SERVICIO CORRESPONDIENTE, SEGUN LA UNIDAD DE ORIGEN Y DESTINO, BRINDANDO ATENCION ADECUADA TANTO AL PACIENTE COMO A SU FAMILIA, MANTENIENDO EL RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA.
10	GARANTICÉ EL USO CORRECTO Y RESPONSABLE DEL RADIO DE COMUNICACIONES DE LA AMBULANCIA, ASEGURANDOSE DE MANTENER UNA COMUNICACIÓN CONSTANTE Y FLUIDA CON LA BASE. INFORMAR DE MANERA OPORTUNA Y PRECISA CUALQUIER NOVEDAD, INCIDENTE O SITUACION RELEVANTE QUE OCURRA DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, TANTO AL INICIO COMO AL FINAL DE CADA TURNO, ASI COMO DURANTE EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS.
11	CUMPLÍ LAS DEMAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL CARGO QUE FUERÓN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.

**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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

No. DE PLANILLA:	N° 9503600208	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/05/25	\$ 400.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/05/25	\$ 512.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/25	\$ 0
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			\$ 912.000

**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

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 <i>NICOLAS SILVA GALVIS</i> <i>PS_3345_2026_B1F322</i> <hr/> <b>NICOLAS SILVA GALVIS</b> <b>CC: 1098631942</b>
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <i>JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE</i> <i>PS_3345_2026_B1F322</i> <hr/> <b>JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1098631942		NICOLAS SILVA GALVIS	INDEPENDIENTE	Principal	cra 38 # 14-11	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3016778952	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	329884649	9503600208	I	2026/05/12	2026/05/25	BANCOLOMBIA	13	\$999,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
<b>Sucursal: Principal ( 1 Afiliados)</b>					\$3,200,000	\$512,000			\$3,200,000	\$400,000			\$0	\$0			\$3,200,000	\$78,000		\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: Principal ( 1 Afiliados)</b>					\$3,200,000	\$512,000			\$3,200,000	\$400,000			\$0	\$0			\$3,200,000	\$78,000		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)					\$3,200,000	\$512,000			\$3,200,000	\$400,000			\$0	\$0			\$3,200,000	\$78,000		\$0	\$0
1	CC 1098631942	SILVA NICOLAS	230201	30	\$3,200,000	\$512,000	EPS005	30	\$3,200,000	\$400,000	0		\$0	\$0	14-11	30	\$3,200,000	\$78,000	0	\$0	\$0
<b>Total</b>	<b>Afiliados ( 1 )</b>				\$3,200,000	\$512,000			\$3,200,000	\$400,000			\$0	\$0			\$3,200,000	\$78,000		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1098631942		NICOLAS SILVA GALVIS	INDEPENDIENTE	Principal	cra 38 # 14-11	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3016778952	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	329884649	9503600208	I	2026/05/12	2026/05/25	BANCOLOMBIA	13	\$999,400

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$512,000	\$4,800	\$0	\$516,800	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$512,000	\$4,800	\$0	\$516,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$78,000	\$800	\$0	\$78,800	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$78,000	\$800	\$0	\$78,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$400,000	\$3,800	\$0	\$403,800	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$400,000	\$3,800	\$0	\$403,800	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$990,000</b>	<b>\$9,400</b>	<b>\$0</b>	<b>\$999,400</b>	



## Comprobante en línea

22 May 2026 19:48

Pago PSE

Comercio  
**APORTES EN LINEA**

Referencia 1  
**186.84.89.235**

Fecha  
**22 May 2026 19:48**

Referencia 2  
**CC**

Número de factura  
**9503600208**

Referencia 3  
**1098631942**

Descripción del pago  
**Pago de la Planilla de aportes con  
clave 9503600208**

Valor del Pago  
**\$999.400**

Número de comprobante  
**TR260522194837TqA7SA**

Costo de la transacción  
**\$ 0**

Producto origen  
**Producto  
\*\*\*\* 7287**



NICOLAS SILVA GALVIS <nicolas.silva1219@gmail.com>

**PSE - Transacción Aprobada  CUS 329884649**

1 mensaje

**serviciopse@achcolombia.com.co** <serviciopse@achcolombia.com.co>  
Para: nicolas.silva1219@gmail.com

22 de mayo de 2026 a las 7:53 p.m.



**¡Hola, NICOLAS SILVA GALVIS!**

**Estado de la Transacción:** Aprobada 

**Los siguientes son los datos de tu transacción:**

**Valor:** \$ 999.400,00

**Empresa:** APORTES EN LINEA

**Descripción:** Pago de la Planilla de aportes con clave:  
9503600208

**Fecha de la transacción:** 22/05/2026

**CUS:** 329884649

Gracias por utilizar nuestro servicio.



**Ten encuenta estos tips de seguridad:**



Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.



No abras enlaces sospechosos.



Cambia tus contraseñas con regularidad.



Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.



Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

**Para mayor información comunícate con nosotros:**



En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5



Contáctanos: <https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda>



Un servicio de  ach  
COLOMBIA



ACH Colombia Oficial



@ACHColombia\_



ACHColombiaOficial



ACH Colombia Oficial

VIGILADO  
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA  
DE COLOMBIA  
ACH COLOMBIA S.A.

#### "AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:

La información contenida en este email está destinada para el uso del individuo o entidad a la cual está direccionado y contiene información que es de carácter Confidencial o Privada. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier retención, distribución, utilización, divulgación o copia del presente mensaje está terminantemente prohibida y puede ser sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor notificar al remitente o a la dirección <https://www.pse.com.co/web/guest/persona-centro-de-ayuda> en el botón habla con nosotros, y elimine el mensaje y cualquier copia del mismo de forma inmediata. Este mensaje ha sido revisado con software antivirus, para evitar que contenga código malicioso que pueda afectar sistemas de cómputo, sin embargo, es responsabilidad del destinatario confirmar este hecho en el momento de su recepción. El presente mensaje no es una declaración oficial de ACH COLOMBIA S.A ni de ninguno de sus miembros de los cuerpos directivos de la compañía. Gracias."