

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
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 4367 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.818.660	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/06/19	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/06/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/19 AL 2026/06/30				
 NICOLAS SILVA GALVIS PS_4367_2026_CDCDD9 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 PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4367 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/06/19
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.833.896	No. HORAS EJECUTADAS	74
----------------------------	--------------	----------------------	----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 2.833.896	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.818.660
--	--------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOCE (12) DIAS
---	----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
---	-------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS
------------------------	--------------------------------

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	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 (2026-06-19) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 1083145406	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/06/30	\$ 380.800
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/06/30	\$ 487.400
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/06/30	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 868.200

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 ningun 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	 NICOLAS SILVA GALVIS PS_4367_2026_CDCDD9 NICOLAS SILVA GALVIS CC: 1098631942
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS PS_4367_2026_CDCDD9 DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS SUPERVISOR DEL CONTRATO



PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACIONES

Fecha creación reporte: 2026-06-30, 07:10:37 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1083145406
Periodo Cotización: mayo de 2026 Periodo Servicio: mayo de 2026

PAGADO 30/06/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

Nit: N800251440
Administradora: EPS SANITAS



I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	NICOLAS SILVA GALVIS						
Documento	CC1098631942	Dirección	CR 38 #14 - 11 TORRE 1 APTO 1207				
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3016778952				
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1		
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.				
Representante Legal		Identificación					

II. DETALLE DE LOS AFILIADOS

Datos del Afiliado						Novedades										Salud											
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	Ext. no obligado	Residente Exterior	Código Depto y Municipio	ING	RET	TDE	TAE	VSP	VST	SIN	IGE	LMA	VAC	COR	Salario Básico	Días Cotizados	Tarifa	IBC	Cotización	Valor UPC Adicional	Autorización IGE	Valor IGE	Autorización LMA	Valor LMA
CC 1098631942	NICOLAS SILVA GALVIS	59	00			11 1												\$ 3.000.000	30	0.125	\$ 3.000.000	\$ 375.000	\$ 0		\$ 0		\$ 0

III. TOTAL AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

Sumatoria IBC	Sumatoria UPC Adicional	Total Aporte	Incapacidades Pagadas	Licencias de Maternidad Pagadas	Valor Aportes Netos	Intereses Mora Salud	Saldo a favor periodo anterior	Total Pagado
\$ 3.000.000	\$ 0	\$ 375.000	\$ 0	\$ 0	\$ 375.000	\$ 5.800	\$ 0	\$ 380.800



Nit: N890903790

Administradora: ARL SURA

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	NICOLAS SILVA GALVIS				
Documento	CC1098631942		Dirección	CR 38 #14 - 11 TORRE 1 APTO 1207	
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE		Teléfono	3016778952	
Tipo Persona	NATURAL		Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados 1
Ciudad	BOGOTA D.C.		Departamento	BOGOTA D.C.	
Representante Legal			Identificación		

II. DETALLE DE LOS AFILIADOS

Datos del Afiliado						Novedades				Riesgos															
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	Ext. no obligado	Residente Exterior	Código Depto y Municipio	ING	RET	VCT	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	IRP	Salario Básico	Días Cotizados	Tarifa	IBC	Cotización	Código Centro de Trabajo	Código Nueva Administradora de Salud	Código Nueva Administradora de Pensión
CC 1098631942	NICOLAS SILVA GALVIS	59	00			11 1											0	\$ 3.000.000	30	0.02436	\$ 3.000.000	\$ 73.100	000000000	EPS005	230201

III. TOTAL AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES:

Sumatoria IBC	Incapacidades Pagadas	Valor Pagado a otros Subsistemas Riesgos	Valor Aportes Netos	Intereses Mora Riesgos	Saldo a favor	Total Pagado
\$ 3.000.000	\$ 0	\$ 0	\$ 73.100	\$ 1.200	\$ 0	\$ 74.300

Nit: N800229739

Administradora: PROTECCION



I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	NICOLAS SILVA GALVIS							
Documento	CC1098631942			Dirección	CR 38 #14 - 11 TORRE 1 APTO 1207			
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Teléfono	3016778952			
Tipo Persona	NATURAL			Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1	
Ciudad	BOGOTA D.C.			Departamento	BOGOTA D.C.			
Representante Legal				Identificación				

II. DETALLE DE LOS AFILIADOS

Datos del Afiliado						Novedades												Pensiones											
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	Ext. no obligado	Residente Exterior	Código Depto y Municipio	ING	RET	TDP	TAP	VSP	VST	SJA	IGE	LMA	VAC	COR	AVP	Salario Básico	Días Cotizados	Tarifa	IBC	Cotización	Aporte Voluntario Afiliado	Cotización Voluntaria Aportante	Total Cotización	FSP Solidaridad	FSP Subsistencia	Valor no retenido
CC 1098631942	NICOLAS SILVA GALVIS	59	00			11 1													\$ 3.000.000	30	0.16	\$ 3.000.000	\$ 480.000	\$ 0	\$ 0	\$ 480.000	\$ 0	\$ 0	0

III. TOTAL AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

Sumatoria IBC	Total Aporte Pensiones	Total Cotización Voluntaria (Aportante)	Total Cotización Voluntaria (Afiliado)	Intereses Mora Cotización	Total pagado pensiones	Total Aporte FSP Solidaridad	Intereses Mora FSP Solidaridad	Total pagado FSP Solidaridad	Total Aporte FSP Subsistencia	Intereses Mora FSP Subsistencia	Total pagado FSP Subsistencia
\$ 3.000.000	\$ 480.000	\$ 0	\$ 0	\$ 7.400	\$ 487.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0



Comprobante en línea
Pago PSE

30 Jun 2026 19:07



Pago exitoso
CUS 435526091

Comercio
SIMPLE OI

Referencia 1
172.29.10.57

Fecha
30 Jun 2026 19:07

Referencia 2
CC

Número de factura
1083145406

Referencia 3
1098631942

Descripción del pago
Pago de Seguridad Social

Valor del Pago
\$942.500

Número de comprobante
TR260630190755kkvzku

Costo de la transacción
\$ 0

Producto origen
Cuenta de ahorros
****** 7287**

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

- 1

Información general
- 2

Condiciones
- 3

Bienes y servicios
- 4

Documentos del Proveedor
- 5

Documentos del contrato
- 6

Información presupuestal
- 7

Ejecución del Contrato
- 8

Modificaciones del Contrato
- 9

Incumplimientos

 Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

> VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje

☐ Recepción de artículos

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		
☐	1 PS 3345 2026 CRP -12236.pdf	1 PS 3345 2026 CRP -12236.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS_3345_2026 CUENTA DE COBRO ABRIL.pdf	PS_3345_2026 CUENTA DE COBRO ABRIL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3345 2026 CUENTA DE COBRO MAYO.pdf	PS 3345 2026 CUENTA DE COBRO MAYO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3345 2026 CUENTA DE COBRO MARZO.pdf	PS 3345 2026 CUENTA DE COBRO MARZO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
			Borrar Cargar nuevo		
Cancelar			< Evaluación de la Entidad Estatal >		