

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
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 3960 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 7.500.024	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/05/04	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 NICOLAS ELIECER DE LA VALLE TORRES PS_3960_2026_91A82F 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 COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGUN RESOLUCION 711 24 04 2025.
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3960 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/05/04
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 7.000.022	No. HORAS EJECUTADAS	184
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 20.788.110	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 7.500.024
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES
---	----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ

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	REALICE CONSULTAS RESOLUTIVAS Y DE CRONICOS
2	REALICE CONSULTAS DE VALORACION INTEGRAL SEGUN FRECUENCIA DE USO
3	REALICE DILIGENCIAMIENTO OPORTUNO Y CON CALIDAD DE LOS DIFERENTES APLICATIVOS DINAMICA , GTAPS, SIAPS.
4	REALICE DILIGENCIAMIENTO OPORTUNO Y CON CALIDAD DE LOS DIFERENTES APLICATIVOS DINAMICA, GTAPS, SIAPS, EN LOS TIEMPOS ESTIPULADOS
5	PARTICIPE EN LAS REUNIONES PROGRAMADAS
6	PARTICIPE EN EL COMITE GENERAL
7	PARTICIPE EN LAS ASISTENCIAS TECNICAS DEL MINISTERIO DE MANERA VIRTUAL, Y ENTREGUE ACTAS SOBRE LAS MISMA
8	PARTICIPE EN LOS SEGUIMIENTOS SEMANALES REALIZADOS POR LIDER DEL PERDIL Y DE LOCALIDAD

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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 91415932	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/06/10	\$ 289.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/06/10	\$ 370.500
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/06/10	\$ 56.400
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 716.400

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 ELIECER DE LA VALLE TORRES

PS_3960_2026_91A82F

NICOLAS ELIECER DE LA VALLE TORRES

CC: 85462280

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



LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ

PS_3960_2026_91A82F

LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO