

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1077087275		NOBOA VANEGAS FRANCISCO XAVIER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	trans 7a #17-71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8786439	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1847159783	9492532222	I	2025/10/17	2025/10/14	BANCOLOMBIA	0	\$510,900

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,651,200	\$264,200			\$1,651,200	\$206,400			\$0	\$0			\$1,651,200	\$40,300		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,651,200	\$264,200			\$1,651,200	\$206,400			\$0	\$0			\$1,651,200	\$40,300		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,651,200	\$264,200			\$1,651,200	\$206,400			\$0	\$0			\$1,651,200	\$40,300		\$0	\$0
1	CC 1077087275	NOBOA FRANCISCO	230301	30	\$1,651,200	\$264,200	EPS005	30	\$1,651,200	\$206,400		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,651,200	\$40,300	0	\$0	\$0
Total	Afiliados (1)				\$1,651,200	\$264,200			\$1,651,200	\$206,400			\$0	\$0			\$1,651,200	\$40,300		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1077087275		NOBOA VANEGAS FRANCISCO XAVIER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	trans 7a #17-71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8786439	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1847159783	9492532222	I	2025/10/17	2025/10/14	BANCOLOMBIA	0	\$510,900

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$264,200	\$0	\$0	\$264,200	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$264,200	\$0	\$0	\$264,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$40,300	\$0	\$0	\$40,300	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$40,300	\$0	\$0	\$40,300	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$206,400	\$0	\$0	\$206,400	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$206,400	\$0	\$0	\$206,400	
TOTAL				1	\$510,900	\$0	\$0	\$510,900	

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	FRANCISCO XAVIER NOBOA VANEGAS	CC:	1077087275
CORREO ELECTRÓNICO:	franciskonoboa16@gmail.com	TELÉFONO:	3177320450
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 7B 70 56	CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	TIPO DE CUENTA:	CORRIENTE	N° CUENTA:

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 6333 2025	N° CDP:	2707	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: UN (01) MES Y DIECISEIS (16) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/09/15	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/10/31			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/09/15 AL 2025/09/30					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.220.090					

 FRANCISCO XAVIER NOBOA VANEGAS
PS_6333_2025_7098E7

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
FRANCISCO XAVIER NOBOA VANEGAS
CC: 1077087275
CEL: 3177320450

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

FRANCISCO XAVIER NOBOA VANEGAS

CON C.C N°

1.077.087.275

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO A PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - RESOLUCION 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
-----------------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 6333 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/09/15
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 7.283.272	No. HORAS EJECUTADAS	86
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	-----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 7.283.272	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.220.090
---	--------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (01) MES Y DIECISEIS (16) DIAS
--	-----------------------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO
-------------------------------	---------------------------

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	1 ASISTIR A LOS COMITÉS DE CUIDADO, ENTRE OTRAS ACTIVIDADES PARA LA OPERATIVIDAD
2	2 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.
3	3 REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO A TERRENO EN LAS LOCALIDADES DE SANTAFE Y RAFAEL URIBE URIBE

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 (2025-09-15) AL (2025-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS		\$ 0
PENSIÓN:	PORVENIR		\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA		\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 0

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 ibr 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



FRANCISCO XAVIER NOBOA VANEGAS

PS_6333_2025_7098E7

FRANCISCO XAVIER NOBOA VANEGAS

CC: 1077087275

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



BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

PS_6333_2025_7098E7

BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

SUPERVISOR DEL CONTRATO