

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	NICOLAS FELIPE SALAMANCA GUASCA			CC:	1026287516
CORREO ELECTRÓNICO:	NFSG13@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3192751504
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 4 1 46 SUR TO 9 1306			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008670299133
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1452 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.709.728	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/09/01	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/01/02 AL 2025/01/31				
<div><div>NICOLAS FELIPE SALAMANCA GUASCA PS_1452_2025_EBC312</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: NICOLAS FELIPE SALAMANCA GUASCA CC: 1026287516 CEL: 3192751504</div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
NICOLAS FELIPE SALAMANCA GUASCA

CON C.C N°1.026.287.516

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS
PROFESIONALES No. PS 1452 2025FECHA INICIO CONTRATO2025/01/01

VALOR INICIAL DEL
CONTRATO\$14.838.912No. HORAS EJECUTADAS198

VALOR TOTAL DEL
CONTRATO INCLUIDO
ADICIONES:\$37.209.696VALOR DE HONORARIOS
PERÍODO A CERTIFICAR:\$3.709.728

PLAZO DEL CONTRATO
INCLUYENDO
PRORROGASNUEVE (9) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ

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)

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 (2025-01-02) AL (2025-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR		\$ 0
PENSIÓN:	PORVENIR		\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR		\$ 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 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 FELIPE SALAMANCA GUASCA
PS_1452_2025_EBC312

NICOLAS FELIPE SALAMANCA GUASCA
CC: 1026287516

FIRMA DE QUIEN VALIDA



PS_1452_2025_EBC312

SUPERVISOR ALTERNO

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



SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ
PS_1452_2025_EBC312

SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ
SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1026287516		SALAMANCA GUASCA NICOLAS FELIPE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 66a N 74a-28	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5473355	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	1842931514	9492018878	I	2025/10/06	2025/10/10	BANCO DAVIVIENDA	4	\$490,200

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)					\$1,483,891	\$237,500			\$1,483,891	\$185,500			\$1,483,891	\$29,700			\$1,483,891	\$36,200		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,483,891	\$237,500			\$1,483,891	\$185,500			\$1,483,891	\$29,700			\$1,483,891	\$36,200		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,483,891	\$237,500			\$1,483,891	\$185,500			\$1,483,891	\$29,700			\$1,483,891	\$36,200		\$0	\$0	
1	CC	1026287516	SALAMANCA NICOLAS	230301	30	\$1,483,891	\$237,500	EPS008	30	\$1,483,891	\$185,500	CCF24	30	\$1,483,891	\$29,700	14-7	30	\$1,483,891	\$36,200	30	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,483,891	\$237,500			\$1,483,891	\$185,500			\$1,483,891	\$29,700			\$1,483,891	\$36,200		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1026287516		SALAMANCA GUASCA NICOLAS FELIPE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 66a N 74a-28	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5473355	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-09	2025-09	1842931514		9492018878	I	2025/10/06	2025/10/10	BANCO DAVIVIENDA	\$490,200

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$237,500	\$600	\$0	\$238,100	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$237,500	\$600	\$0	\$238,100	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$36,200	\$100	\$0	\$36,300	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$36,200	\$100	\$0	\$36,300	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$29,700	\$100	\$0	\$29,800	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$29,700	\$100	\$0	\$29,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$185,500	\$500	\$0	\$186,000	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$185,500	\$500	\$0	\$186,000	
TOTAL				1	\$488,900	\$1,300	\$0	\$490,200	