

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52847024	NÚMERO PLANILLA:	4637717886	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	ANGELA BELLANID LEAL	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES diciembre AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES diciembre AÑO 2025
CIUDAD/MUNICIPIO:	CR 52 A N 176 18 BRR NUEVA ZELANDIA	TELÉFONO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	DÍAS DE MORA:	0		
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	11111111	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/01/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9995318407
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	I-INDEPENDIENTE				
TIPO EMPRESA:	ÚNICO		Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
FORMA DE PRESENTACIÓN:							
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 256.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 256.000	\$ 0	\$ 256.000
SUBTOTALES:										\$ 256.000	\$ 0	\$ 256.000

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 200.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 200.000	\$ 0	\$ 0	\$ 200.000
SUBTOTALES:													\$ 200.000	\$ 0	\$ 0	\$ 200.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 39.000	\$ 39.000	\$ 0	\$ 0	\$ 39.000
SUBTOTALES:									\$ 39.000	\$ 0	\$ 0	\$ 39.000

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																							
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL																	PARAFISCALES																		
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN					SALUD					ARP					DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU						
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP	APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE			ADMIN	DÍAS COT					IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 52847024	LEAL CANARIA ANGELA BELLANID	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 1.755.000				NO							01-30											25-14 COLPENSIONES	30	\$ 1.600.000	\$ 256.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 256.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	\$ 1.600.000	\$ 200.000	\$ 0	\$ 200.000	14-11 - ARL SURA	30	\$ 1.600.000	\$ 52847024	\$ 39.000		\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO: \$ 495.000

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANGELA BELLANID LEAL CANARIA			CC:	52847024
CORREO ELECTRÓNICO:	TOMITO25JULIO@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3014519820
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 52A 176 18			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	004870371335
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1784 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.747.200	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/15	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31				
<div><div>ANGELA BELLANID LEAL CANARIA PS_1784_2025_EAB248</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANGELA BELLANID LEAL CANARIA CC: 52847024 CEL: 3014519820</div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
ANGELA BELLANID LEAL CANARIA

CON C.C N°52.847.024

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUMENTADOR QUIRURGICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. PS 1784 2025FECHA INICIO CONTRATO2025/01/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$16.487.680No. HORAS EJECUTADAS200

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$53.753.584VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$3.747.200

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASTRECE (13) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:SAUL ARDILA DURAN

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	1. VERIFICARR LA DISPONIBLIDAD DE TODOS LOS ELEMNTOS EDICO QUIRURGICOS QUE SE NECESITAN EN CIRUGIA
2	2 VERIFICAR LA ESTERILOIDAD DE LOS EQUIPOS Y SUMINISTROS QUE SE NECESITAN EN CIRUGIA
3	3 VERIFICAR LA DISPONIBILIDAD DE EQUIPO ESPECILAES
4	4.ASISTIR A LOS PROCEDIMIENTOS PROGAMADOS
5	5. REALIZAR LO RECUENTOS CORRESPODIENTES EN CIRUGIA

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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 4634864705	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/12/15	\$ 220.800
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/15	\$ 282.600
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/15	\$ 43.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 546.500

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



ANGELA BELLANID LEAL CANARIA

PS_1784_2025_EAB248

ANGELA BELLANID LEAL CANARIA

CC: 52847024

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_1784_2025_EAB248

DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

SUPERVISOR ALTERNO

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



SAUL ARDILA DURAN

PS_1784_2025_EAB248

SAUL ARDILA DURAN

SUPERVISOR DEL CONTRATO