

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:	72159105	NÚMERO PLANILLA:	7996693516	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	OSCAR ANTIPAR CADENA ROJAS	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES noviembre AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre AÑO 2025
CIUDAD/MUNICIPIO:	TV 93 # 22D 35 CASA 133	TELÉFONO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	DÍAS DE MORA:	17	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	2021623864
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	1234567	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/12/19		
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	DESCUENTO	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 787.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 8.500	\$ 0	\$ 787.900	\$ 8.500	\$ 0	\$ 796.400
SUBTOTALES:										\$ 787.900	\$ 8.500	\$ 0	\$ 796.400

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 615.600	\$ 0	\$ 6.600	\$ 0	\$ 615.600	\$ 6.600	\$ 0	\$ 622.200
SUBTOTALES:										\$ 615.600	\$ 6.600	\$ 0	\$ 622.200		

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		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	\$ 0	\$ 120.000	\$ 120.000	\$ 1.300	\$ 0	\$ 0	\$ 121.300	
SUBTOTALES:										\$ 120.000	\$ 1.300	\$ 0	\$ 121.300

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	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SALUD				ARP				CCF					SENA	ICBF	ESAP	MINEDU									
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	
1	CC 72159105	CADENA ROJAS OSCAR ANTIPAR	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 4.924.109				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	4.924.109	\$ 787.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 787.900	EPS005-SANITAS S.A.	30	4.924.109	\$ 615.600	\$ 0	\$ 615.600	14-11 - ARL SURA	30	4.924.109	\$ 120.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0				

TOTAL PAGADO: \$ 1.539.900

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por			
<input type="checkbox"/> 1 PS 1900 2025 CRP-6490.pdf	1 PS 1900 2025 CRP-6490.pdf	Comprador	Descargar	Detalle	
<input type="checkbox"/> 1. PS 1900 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	1. PS 1900 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle	
<input type="checkbox"/> 10. PS 1900 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	10. PS 1900 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle	
<input type="checkbox"/> 2 PS 1900 2025 CRP-11252.pdf	2 PS 1900 2025 CRP-11252.pdf	Comprador	Descargar	Detalle	
<input type="checkbox"/> 2. PS 1900 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1900 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle	
<input type="checkbox"/> 3 PS 1900 2025 CRP-12154.pdf	3 PS 1900 2025 CRP-12154.pdf	Comprador	Descargar	Detalle	
<input type="checkbox"/> 3 PS 1900 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	3 PS 1900 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle	
<input type="checkbox"/> 4 PS 1900 2025 CRP-13522.pdf	4 PS 1900 2025 CRP-13522.pdf	Comprador	Descargar	Detalle	
<input type="checkbox"/> 4. PS 1900 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	4. PS 1900 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle	
<input type="checkbox"/> 5. PS 1900 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 1900 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle	
<input type="checkbox"/> 6. PS 1900 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 1900 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle	
<input type="checkbox"/> 7. PS 1900 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7. PS 1900 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle	
<input type="checkbox"/> 8. PS 1900 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	8. PS 1900 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle	
<input type="checkbox"/> 9. PS 1900 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	9. PS 1900 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle	
<input type="checkbox"/> 11. PS 1900 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	11. PS 1900 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle	

Documento del contrato cargado

[Borrar](#) [Cargar nuevo](#)

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	OSCAR ANTIPAR CADENA ROJAS		CC:	72159105	
CORREO ELECTRÓNICO:	OSCARELO4@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3138858099	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 93 22D 35		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	002170051367

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1900 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 9.232.704
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		



OSCAR ANTIPAR CADENA ROJAS
PS_1900_2025_271311

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

OSCAR ANTIPAR CADENA ROJAS

CC: 72159105

CEL: 3138858099

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

OSCAR ANTIPAR CADENA ROJAS

CON C.C N° 72.159.105

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO CIRUJANO GENERAL 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 1900 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 29.749.824	No. HORAS EJECUTADAS	108
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 177.900.528	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 9.232.704
---	----------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES
--	-------------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA
--	-----------------------------

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	<p>1. REALIZAR LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS DETERMINADOS DENTRO DEL PLAN DE MANEJO DE LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL: ESTUDIAR, DIAGNOSTICAR Y TRATAR PATOLOGIAS QUE REQUIEREN INTERVENCION QUIRURGICA (APARATO DIGESTIVO, PARED ABDOMINAL, PIEL Y TEJIDOS BLANDOS, SISTEMA ENDOCRINO) DEL PACIENTE ADULTO, CON UN ALTO NIVEL CIENTIFICO, ETICO Y HUMANO, DE UNA MANERA OPORTUNA Y PERTINENTE, EN CORRESPONDENCIA CON LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES, Y TENIENDO EN CUENTA QUE TODAS LAS DECISIONES CLINICAS GENERADAS EN LA ATENCION MEDICA PROCURARAN EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD DEL PACIENTE. 2. BRINDAR UNA ATENCION EN SALUD CON OPORTUNIDAD, INTEGRIDAD, SUFICIENCIA Y PERTINENCIA, EN UN AMBIENTE DE ATENCION PERSONALIZADA Y HUMANIZADA, CUMPLIENDO EL PRINCIPIO DE EQUIDAD Y CON ENFASIS EN ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS, PROTOCOLOS, INTERVENCIONES Y GUIAS DE ATENCION, ASI COMO SUGERIR CAMBIOS O MODIFICACIONES QUE PUEDAN UNIFICAR CRITERIOS A FIN DE REALIZAR UNA ATENCION INTEGRAL ADECUADA Y DE ACUERDO A LOS ESTANDARES DE HABILITACION Y ACREDITACION. 3. REALIZAR LAS ACTIVIDADES SEGUN LAS NECESIDADES DE LA SUBRED DANDO CUBERTURA EN TODAS LAS UNIDADES EN DONDE SE PRESTA EL SERVICIO Y SEA REQUERIDO. APLICAR Y PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LA APLICACION DE LISTA DE SEGURIDAD QUIRURGICA. 4. INFORMAR AL PACIENTE Y SU FAMILIA SOBRE LA CONDICION CLINICA, PLAN DE MANEJO, ATENCION Y RECOMENDACIONES DE EGRESO, GENERANDO UN ALTO GRADO DE SATISFACCION SOBRE LOS SERVICIOS PRESTADOS, RESOLVIENDO INQUIETUDES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ATENCION. 5. DILIGENCIAR LOS REGISTROS DE LAS ATENCIONES, PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES E INTERVENCIONES, QUE PERMITA MANTENER ACTUALIZADOS LOS INFORMES ESTADISTICOS DEFINIDOS POR LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y TODOS AQUELLOS REGISTROS NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS DE COSTOS Y FACTURACION. 6. RESPETAR LOS DERECHOS DEL PACIENTE, CUMPLIR EL CODIGO DE ETICA MEDICA Y LAS DISPOSICIONES LEGALES PERTINENTES PROPIAS DE LOS SERVICIOS EN DONDE SE PRESTE LA ATENCION. 7. REALIZAR EL SEGUIMIENTO Y CONTROL A PACIENTES EN LOS QUE SE REQUIERA SU PARTICIPACION E IMPARTIR INSTRUCCIONES AL EQUIPO DE SALUD SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS ORDENADOS. 8. EMITIR CONCEPTOS MEDICOS QUE SE REQUIERAN, DE CONFORMIDAD A SU ESPECIALIDAD, REALIZAR RESUMENES DE HISTORIA CLINICA, EPICRISIS U OTROS DOCUMENTOS ASISTENCIALES O ADMINISTRATIVOS QUE SEAN SOLICITADOS. 9. DILIGENCIAR EN FORMA COMPLETA, OPORTUNA, SISTEMATIZADA Y LEGIBLE (EN LOS CASOS EN QUE SE PRESENTEN FALLAS DEL SISTEMA), LOS FORMATOS, LA HISTORIAS CLINICAS, CONSENTIMIENTO INFORMADO, REPORTES DE ESTUDIOS Y DEMAS REGISTROS PROPIOS DE SU ACTUAR, DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LOS PROCEDIMIENTOS DE AUDITORIA Y DEMAS DIRECTRICES RELACIONADAS CON EL MANEJO DE HISTORIAS CLINICAS Y RESPALDANDO TODAS LAS ACTUACIONES REALIZADAS AL PACIENTE CON LA FIRMA. 10. GARANTIZAR LA DEBIDA RESERVA DE LA INFORMACION DEL PACIENTE Y DE LOS REGISTROS CLINICOS</p>
---	---

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° 7996693516	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/12/19	\$ 615.600
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/19	\$ 787.900
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/19	\$ 120.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.523.500

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	 OSCAR ANTIPAR CADENA ROJAS PS_1900_2025_271311 <hr/> OSCAR ANTIPAR CADENA ROJAS CC: 72159105
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_1900_2025_271311 <hr/> 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_1900_2025_271311 <hr/> SAUL ARDILA DURAN SUPERVISOR DEL CONTRATO