



# PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-12-15, 11:43:36 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1077221211

Periodo Cotización: noviembre de 2025 Periodo Servicio: noviembre de 2025

## PAGADO 10/12/2025

### I. DATOS DEL APORTANTE

<b>Razón Social</b>	GRETTY LUZ PEREZ CASSIANI		
<b>Documento</b>	CC1129515388	<b>Dirección</b>	CL 0 #0 - 0 PARQUE DE SAN MATEO
<b>Tipo de Empresa</b>	INDEPENDIENTE	<b>Teléfono</b>	3187129489
<b>Tipo Persona</b>	NATURAL	<b>Forma Presentación</b>	ÚNICO
<b>Ciudad</b>	SOACHA	<b>Departamento</b>	CUNDINAMARCA
<b>Representante Legal</b>		<b>Identificación</b>	
<b>Total Afiliados</b>	1	<b>ARP</b>	ARL SURA

### II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total										
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	SIN	IGL	UMC	AMP	ACP	IRP	Dias FER	Dias EPS	Dias ANC	Dias CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total		
CC 1129515388	GRETTY LUZ PEREZ CASSIANI	59	00																0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	\$ 3.020.000	\$ 483.200	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 3.020.000	\$ 377.500	2.436	\$ 3.020.000	\$ 73.600	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 934.300

### III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 3.020.000	\$ 3.020.000	\$ 3.020.000	\$ 0	\$ 483.200	\$ 377.500	\$ 73.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 934.300	\$ 0	\$ 934.300

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
PS_5649_2025_CUENTA DE COBRO JUNIO 2025..pdf (Archivado)	PS_5649_2025_CUENTA DE COBRO JUNIO 2025..pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 5649 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 5649 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
PS 5649 2025 CUENTA JJULIO.pdf (Archivado)	PS 5649 2025 CUENTA JJULIO.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 5649 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 5649 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS_5649_2025_CUENTA DE COBRO JUNIO 2025..pdf	PS_5649_2025_CUENTA DE COBRO JUNIO 2025..pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 5649 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf	PS 5649 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 5649 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 5649 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 1 PS 5649 2025 CRP-17286.pdf	1 PS 5649 2025 CRP-17286.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 5649 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 5649 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 5649 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 5649 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

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

[Cancelar](#)

< Evaluación de la Entidad Estatal >

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	GRETTY LUZ PEREZ CASSIANI		<b>CC:</b>	1129515388
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	GRETTPEREZCASSIANY@GMAIL.COM		<b>TELÉFONO:</b>	3187129489
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	KR 72B 22A 85		<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCO DAVIVIENDA S.A.	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>N° CUENTA:</b> 488418907025

**DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 5649 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 7.500.024
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2025/04/06	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2025/12/31
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31		



GRETTY LUZ PEREZ CASSIANI  
 PS\_5649\_2025\_38E2F8

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

**GRETTY LUZ PEREZ CASSIANI**

**CC: 1129515388**

**CEL: 3187129489**

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**  
**GRETTY LUZ PEREZ CASSIANI**

**CON C.C N°** **1.129.515.388**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - CONVENIO EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGUN RESOLUCION 1499 26-08-2024
-----------------------------	---

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 5649 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/04/06</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 21.750.070	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>184</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 55.720.287	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 7.500.024
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	NUEVE (9) MESES
--	-----------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ
-------------------------------	--------------------------------

<b>ITEM</b>	<b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b> (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
-------------	--

- |    |  |
|----|--|
| 1  | REALICE CONSULTAS MEDICAS SEGÚN EL CURSO DE VIDA Y LA PRIORIDAD DE LOS PACIENTES VALORADOS EN FORMATO DE HISTORIA CLINICA RESOLUTIVA, RESOLUTIVA CRONICA O PYD SEGUN CORRESPONDA   |
| 2  | IDENTIFIQUE LOS PRINCIPALES CAMBIOS EN EL DESARROLLO FÍSICO, EMOCIONAL Y SOCIAL EN CADA UNO DE LOS PACIENTES VALORADOS, DE ACUERDO CON SU CURSO DE VIDA  |
| 3  | IDENTIFIQUE OPORTUNAMENTE FACTORES DE RIESGOS EN LOS PACIENTES VALORADOS MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LAS ESCALAS DE MEDICION RESPECTIVAS SEGÚN EL CURSO DE VIDA DE CADA PACIENTE   |
| 4  | BRINDE EDUCACIÓN SOBRE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE DE ACUERDO A LO ENCONTRADO EN CADA UNO DE LOS PACIENTES VALORADOS   |
| 5  | REALICE PLANES DE CUIDADO INDIVIDUAL, SEGÚN LO IDENTIFICADO EN LA CONSULTA, ACORDANDO CON LOS PACIENTES TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS Y NO FALMACOLOGICO   |
| 6  | REALICE HISTORIAS CLÍNICAS EN SU FORMATO CORRESPONDIENTE ESTANDARIZADO POR LA SUBRED CENTRO ORIENTE  |
| 7  | REGISTRE LA INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN BRINDADA EN LA BASE DE DATOS DEL APLICATIVO GTAPS DE CADA PACIENTE VALORADO   |
| 8  | LA POBLACIÓN QUE VALORE DURANTE EL MES FUE TIPIFICADA SEGÚN SU RIESGO O ENFERMEDAD, EN TIPOLOGÍA 4, CON CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA COMO ALTA, EN TIPOLOGÍA 3, CON FAMILIA DE PRIORIDAD ALTA, TIPOLOGÍA 2, FAMILIA CON PRIORIDAD MEDIA, SON PACIENTES QUE LLEVAN UN CONTROL REGULAR DE SALUD, CON ALGUNOS RIESGOS DENTRO DE LOS QUE SE ENCUENTRAN EL SOBREPESO Y MALOS HÁBITOS DIETÉTICOS.   |
| 9  | SE REALIZA PRIORIZACIÓN A MUJERES GESTANTES, NIÑOS MENORES DE CINCO (5) AÑOS, PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, ADULTOS MAYORES, PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA, Y SUS CUIDADORES, SI NO SE ENCUENTRAN CASA PARA VALORARLOS EN LA ESTRATEGIA DE RUTEO   |
| 10 | EN LOS CURSOS DE VIDA IDENTIFICADOS EN LAFAMILIA SE REALIZÓ DEMANDA INDUCIDA A VALORACIÓN INTEGRAL, DETECCIÓN TEMPRANA, Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA.   |
| 11 | REALICE EL REGISTRO OPORTUNO DE LOS PACIENTES VALORADOS, EN EL LINK DE FACTURACION, EN EL APLICATIVO GTAPS, Y EN DINAMICA GENERENCIAL  |
| 12 | REALICE DEMANDA INDUCIDA, VALORACIÓN INTEGRAL, DETECCIÓN TEMPRANA, Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA SEGÚN EL CURSO DE VIDA A LOS PACIENTES VALORADOS  |
| 13 | ASISTI A LOS COMITES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS DURANTE EL MES   |
| 14 | ENTREGUE LOS SIGUIENTES PRODUCTOS CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS<br>-HISTORIA CLÍNICA EN EL FORMATO LA PLATAFORMA DINCAMICA, ELABORADA SEGÚN LA VALORACIÓN INDIVIDUAL Y LA PERTINENCIA CLÍNICA DE CADA USUARIO ATENDIDO.<br>-CARGUE DE USUARIOS EN EL APLICATIVO GTAPS, CORRESPONDIENTE A LOS PACIENTES QUE FUERON FACTURADOS DURANTE ESTE PERIODO.<br>-REGISTRO DIARIO DE PACIENTES EN EL LINK DE FACTURACION<br>-PLAN DE CUIDADO FAMILIAR SEGÚN NECESIDADES DETECTADAS EN LA POBLACION VALORADA. |

REALICE LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.

### 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° 1077221211	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/12/15	\$ 377.500
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/12/15	\$ 483.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/15	\$ 73.600
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 934.300

### 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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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**



GRETTY LUZ PEREZ CASSIANI

PS\_5649\_2025\_38E2F8

**GRETTY LUZ PEREZ CASSIANI**

**CC: 1129515388**

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



LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ

PS\_5649\_2025\_38E2F8

**LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**