

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN				CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 7 FECHA: 2025-06-09	
DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	GREISCHELL GERALDINE LEMOS ANGULO			CC:	1023950800	
CORREO ELECTRÓNICO:	LGREISCHELL@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3193079766	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 7 2 SUR 08			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	91247886929	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 4497 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.222.946		
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/02/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/09/01		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31					
 GREISCHELL GERALDINE LEMOS ANGULO PS_4497_2025_24A12F NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: GREISCHELL GERALDINE LEMOS ANGULO CC: 1023950800 CEL: 3193079766						

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
GREISCHELL GERALDINE LEMOS ANGULO

CON C.C N° 1.023.950.800

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4497 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/02/03
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.297.696	No. HORAS EJECUTADAS	0
----------------------------	--------------	----------------------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 19.858.318	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.222.946
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES Y VEINTE Y NUEVE (29) DÍAS
---	---

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

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN
------------------------	---------------------------------

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	Se realiza la gestión para la creación y registro en el sistema de la información correspondiente al INVIMA y código único de medicamentos (CUM) de aquellos medicamentos e insumos que ingresan al almacén y no se encuentran previamente registrados o creados
2	Se realiza inventarios aleatorios de insumos y elementos almacenados con el propósito de garantizar que las existencias físicas coincidan con los registros del sistema.
3	Se reciben los insumos y materiales conforme a los pedidos previamente gestionados y enviados por el área de recursos físicos, validando cantidades y condiciones
4	Se elabora la cuenta fiscal de forma mensual, con base a la información proveniente de Dinámica Gerencial de las áreas de almacén y farmacias, la cual se recopila a través de los distintos archivos correspondientes
5	Apoyo en actas de reuniones
6	Realización de órdenes de despacho para los servicios hospitalarios
7	Se hace entrega de insumos hospitalarios del hospital Santa Clara
8	Se realiza recepción de facturas, solicitudes y demás documentos, verificando que cumplan con las condiciones requeridas de entrega en el área de Almacén.
9	Se realiza el cargue de remisiones y comprobantes de entrada en el módulo de inventarios del sistema dinámica general. De acuerdo con las entregas efectuadas por los proveedores, para mantener actualizada la información de inventario
10	Se realiza entrega de informe mensual de sus actividades al supervisor del contrato para certificación en el cumplimiento de las mismas
11	Toma física de inventario vigencia 2025 - De la Unidad Santa Clara y La Victoria, Dando cumplimiento a la Circular N° 17 del 1 de octubre 2025

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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9491917261	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	COMPENSAR	2025/10/01	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/01	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/01	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.500
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 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	 GREISCHELL GERALDINE LEMOS ANGULO PS_4497_2025_24A12F GREISCHELL GERALDINE LEMOS ANGULO CC: 1023950800		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 JOHN JAIRO GUERRERO GONZÁLEZ PS_4497_2025_24A12F JOHN JAIRO GUERRERO GONZÁLEZ SUPERVISOR ALTERNO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN PS_4497_2025_24A12F MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN SUPERVISOR DEL CONTRATO		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1023950800		LEMON ANGULO GREISCHELL GERALDINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 13 sur 8-90	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7047320	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	1818850659	9491917261	I	2025/10/02	2025/10/01	BANCOLOMBIA	0	\$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	
1	CC	1023950800	LEMON GREISCHELL	230301	30	\$1,423,500	\$227,800	EP5008	30	\$1,423,500	\$178,000	0		\$0	\$0	14-11	30	\$1,423,500	\$34,700	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023950800		LEMON ANGULO GREISCHELL GERALDINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 13 sur 8-90	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7047320	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-09	2025-09	1818850659		9491917261	I	2025/10/02	2025/10/01	BANCOLOMBIA	\$440,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
TOTAL				1	\$440,500	\$0	\$0	\$440,500	