

		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: (30-11-2025)					
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:		2025/11/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30				
 GREISCHELL GERALDINE LEMOS ANGULO PS_4497_2025_39D6B1 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:	\$ 22.081.264	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.222.946
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES
---	-----------------

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 alistan insumos hospitalarios Santa Clara
8	Se hace entrega de insumos hospitalarios del hospital Santa Clara
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	Se realiza recepción de facturas, solicitudes y demás documentos, verificando que cumplan con las condiciones requeridas de entrega en el área de almacén

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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9493360766	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	COMPENSAR	2025/11/10	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/10	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/10	\$ 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 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	 GREISCHELL GERALDINE LEMOS ANGULO PS_4497_2025_39D6B1 _____ GREISCHELL GERALDINE LEMOS ANGULO CC: 1023950800		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 JOHN JAIRO GUERRERO GONZÁLEZ PS_4497_2025_39D6B1 _____ 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_39D6B1 _____ 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
2025-10	2025-10	1917601711	9493360766	I	2025/11/05	2025/11/10	BANCOLOMBIA	5	\$442,100

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	EPS008	30	\$1,423,500	\$178,000	0		\$0	\$0	14-11	30	\$1,423,500	\$34,700	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
2025-10	2025-10	1917601711		9493360766	I	2025/11/05	2025/11/10	BANCOLOMBIA	\$442,100

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$800	\$0	\$228,600	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$800	\$0	\$228,600	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$600	\$0	\$178,600	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$178,000	\$600	\$0	\$178,600	
TOTAL				1	\$440,500	\$1,600	\$0	\$442,100	

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

1 Información general

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

2 Condiciones

VER CONTRATO

3 Bienes y servicios

Ejecución del Contrato

4 Documentos del Proveedor

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

5 Documentos del contrato

Plan de Pagos

6 Información presupuestal

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

7 Ejecución del Contrato

8 Modificaciones del Contrato

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

9 Incumplimientos

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 4497 _2025CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 4497 _2025CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 4497 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	PS 4497 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 4497 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 4497 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 4497 2025 CRP 27-05-2025.pdf	PS 4497 2025 CRP 27-05-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4497 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 4497 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 4497 2025 16-07-2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 4497 2025 16-07-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4497 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 4497 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 4497 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 4497 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2 PS 4497 2025 CRP-12459.pdf	2 PS 4497 2025 CRP-12459.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3 PS 4497 2025 CRP-19374.pdf	3 PS 4497 2025 CRP-19374.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4497 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE.pdf	PS 4497 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 4497 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE.pdf.pdf	PS 4497 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>