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:	**KEVIN STEVE MARIÑO SALAS**			**CC:**	**1024561490**
CORREO ELECTRÓNICO:	**KEVINMARINO13@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3175762913**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 69B 65 76 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**21552273351**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3085 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.143.560**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

KEVIN STEVE MARIÑO SALAS
PS_3085_2025_63FC48

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
KEVIN STEVE MARIÑO SALAS
CC: 1024561490
CEL: 3175762913

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 INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** AP-IA-FT-077 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
KEVIN STEVE MARIÑO SALAS			
	CON C.C N°	**1.024.561.490**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO ADMINISTRATIVO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3085 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.430.680	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 34.579.160	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.143.560
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA		

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	APOYO EN LA GESTIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS CONTRATOS RELACIONADOS CON LA ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS DEL LABORATORIO CLINICO 2. GESTIONAR LA DISTRIBUCION DE REACTIVOS E INSUMOS PARA EL LABORATORIO CLINICO, MONITORIANDO Y MANTENIENDO UN CONTROL ADECUADO SOBRE LOS NIVELES DE INVENTARIO DE LOS MISMOS. 3. APOYAR LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS DE LABORATORIO CLINICO 4. APOYAR EL SEGUIMIENTO A LOS CONTRATOS DE OPS A CARGO DE LABORATORIO CLÍNICOS, DE TOXICOLOGÍA Y SERVICIOS TRANSFUSIONALES 5. APOYAR LA VERIFICACIÓN DE LOS SOPORTES REQUERIDOS A LOS CONTRATISTAS PARA SU CERTIFICACIÓN DE PAGO Y APOYAR EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN PARA EL PAGO MENSUAL DE LOS CONTRATISTAS A CARGO DE LABORATORIO CLÍNICOS, DE TOXICOLOGÍA Y SERVICIOS TRANSFUSIONALES 6. CONSOLIDAR LAS HORAS TRABAJADAS Y LOS MONTOS ASOCIADOS A LOS CONTRATOS DEL PERSONAL DEL LABORATORIO 7. GESTIONAR DE MANERA ADECUADA LAS ACTAS, INFORMES Y DOCUMENTOS DE LA OFICINA, ASEGURANDO SU CORRECTA TRANSFERENCIA Y MANEJO EN EL SISTEMA DE GESTION DOCUMENTAL 8. APOYAR EN LA GESTION DE TALENTO HUMANO, CONTRIBUYENDO A LA EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD DE LOS PROCESOS RELACIONADOS CON EL PERSONAL 9. APOYAR EN LA PLANIFICACION Y COORDINACION DE LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LAS ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS ASIGNADAS POR LA SUBRED CENTRO ORIENTE 10. APOYAR LA CONSOLIDACIÓN MENSUAL DE ESTADÍSTICAS Y SUMINISTRAR OPORTUNAMENTE LA INFORMACIÓN REQUERIDA POR LA SUBRED CENTRO ORIENTE 11. APOYAR EN LAS DIFERENTES ACTIVIDADES EN LAS CUALES SEA REQUIERA, DE CONFORMIDAD CON LA NECESIDAD DEL SERVICIO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE 12. ASESORAR AL PACIENTE Y A LA FAMILIA SOBRE LOS DIFERENTES PROCESOS PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICOS, DE TOXICOLOGÍA Y SERVICIOS TRANSFUSIONALES 13. VELAR POR EL SEGUIMIENTO DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL Y GESTIÓN AMBIENTAL 14. DEMÁS ACTIVIDADES QUE LE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO 15. DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN REALIZADA POR EL SUPERVISOR 16. GESTIONAR Y ELABORAR LAS RESPUESTAS CORRESPONDIENTES A LAS QUEJAS, SUGERENCIAS O RECONOCIMIENTOS DE LOS USUARIOS DEL LABORATORIO, GARANTIZANDO UNA ATENCION ADECUADA Y OPORTUNA

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° 1076501228	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/11/19	$ 178.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/11/19	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/11/19	$ 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 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	*KEVIN STEVE MARIÑO SALAS* *PS_3085_2025_63FC48* **KEVIN STEVE MARIÑO SALAS** **CC: 1024561490**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA* *PS_3085_2025_63FC48* **MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**