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: 5
FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**VIVIANA CAROLINA RAMOS JOVEL**			**CC:**	**1117534568**
CORREO ELECTRÓNICO:	**vcrj9501@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**312078855**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CALLE 54C SUR 97 20**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**SCOTIABANK COLPATRIA SA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**4822012967**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2133 2025**	**N° CDP:**	**2517**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DIEZ (10) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/10/31**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/07/01 AL 2025/07/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 2.222.946**					

VIVIANA CAROLINA RAMOS JOVEL
PS_2133_2025_741158

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
VIVIANA CAROLINA RAMOS JOVEL
CC: 1117534568
CEL: 312078855

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			
VIVIANA CAROLINA RAMOS JOVEL			
	CON C.C N°	**1.117.534.568**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2133 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 6.668.838	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 22.229.460	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.222.946
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENSA BECERRA CAMARGO		

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	Realizar cruces entre las diferentes fuentes de información en salud: 1: Descarga de canalizaciones creadas en aplicativo SIRC y del correo canalizacionesdgir@subredcentrooriente.gov.co todos los días de la semana para las EAPB con las cuales la Subred tiene contrato (Capital Salud, Coosalud, Sanitas y Famisanar) y generación de las bases que se envían a las diferentes rutas que dan gestión a las consultas solicitadas para cada usuario canalizado. 2. Seguimiento y verificación de coherencia, pertinencia y calidad de las canalizaciones gestionadas por cada ruta. 3. Consolidación de las canalizaciones en el archivo madre del año 2025. 4 Envío de bases a los técnicos de apoyo del proceso de cargue de las canalizaciones gestionadas en SIRC. 5. Seguimiento de las canalizaciones cerradas en SIRC.2.Diseñar y generar bases de datos para cada una de las cohortes del riesgo: se realiza la entrega de la herramienta de monitoreo para el curso de vida vejez, en la que se relaciona mes a mes todas las atenciones que recibieron los usuarios para el ciclo de vida en el que se encuentran mediante la demanda inducida y/o espontánea; actualización de usuarios asignados y adscritos a la EAPB. Última herramienta entregada: mes de abril (se apoya al técnico encargado a partir de marzo/2025).3,Realizar los apoyos necesarios y acordes a su objeto contractual en el desarrollo de las actividades de la Dirección de Gestión Integral del Riesgo en Salud de la Subred Centro Oriente E.S.E, se realiza el apoyo en la digitación de los diferentes procesos bajo la supervisión de la dirección de Gestion Integral del Riesgo: 1. Descarga de Dinámica Gerencial los reportes de hospitalización y urgencias para identificar aquellos usuarios que tomaron estos servicios y les fueron activadas las RIAS de atención en salud. 2. Generar las bases de seguimiento y envío de estas a las diferentes rutas para que a través de la demanda inducida gestionen el agendamiento de las consultas correspondientes y necesarias. 3. Seguimiento y verificación de coherencia, pertinencia y calidad de las activaciones gestionadas por cada ruta. 4,Realizar apoyo en la generación y consolidación de indicadores de riesgo necesarios para el reporte mensual, semestral y anual: realización del tablero de indicadores de canalizaciones SIRC y plan de egreso hospitalario y de urgencias con corte al 30 de cada mes, con estos tableros se evalúa la efectividad y oprtunidad del proceso. 5,Realizar apoyo al proceso de canalización en cada proceso o cohorte del riesgo en donde realice sus obligaciones: verificar todos los días los cierres de las canalizaciones en el aplicativo SIRC y los correos en donde notifican aquellas canalizaciones que no cunplen con los parámetros establecidos para realizar los ajustes necesarios y que así se pueda dar cierre de las canalizaciones.Asistencia a reuniones programadas por EAPB Capital Salud, Famisanar y Sanitas; y, SDS en representación de referente de proceso canalizaciones SIRC.Asistencia a reuniones programadas por EAPB Capital Salud, Famisanar y Sanitas; y, SDS en representación de referente de proceso canalizaciones SIRC.7,Realizar cruces entre las diferentes fuentes de información en salud: 1: Descarga de usuarios retomas Famisanar del correo canalizacionesdgir@subredcentrooriente.gov.co todos los días de la semana y generación de las bases que se envían a las diferentes rutas que dan gestión a las consultas solicitadas para cada usuario post egreso hospitalario. 2. Seguimiento y verificación de coherencia, pertinencia y calidad de las retomas gestionadas por cada ruta. 3. Consolidación de las retomas en el archivo madre del año 2025. 4 Envío de bases a referente de proceso de Famisanar.8,Realizar la gestión documental de cada actividad realizada durante el mes y entregar el soporte al líder del proceso, la actividad deberá ser realizada de manera mensual: se realiza la gestión documental de cada actividad realizada durante el mes y se entrega el soporte al líder del proceso de manera mensual.9.Radicar en gestión documental los soportes obtenidos durante la ejecución del contrato de acuerdo a las especificaciones de archivo y con los criterios de la tabla de retención documental, al finalizar la ejecución del contrato no se deberá contar con archivo pendiente para almacenamiento. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato: se radica en gestión documental los soportes obtenidos durante la ejecución del contrato de acuerdo a las especificaciones de archivo y con los criterios de la tabla de retención documental.

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 (2025-07-01) AL (2025-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 87856030	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/07/14	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/07/14	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/07/14	$ 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	*VIVIANA CAROLINA RAMOS JOVEL* *PS_2133_2025_741158* **VIVIANA CAROLINA RAMOS JOVEL** **CC: 1117534568**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*JESSIKA PAOLA TRIANA SAGASTUY* *PS_2133_2025_741158* **JESSIKA PAOLA TRIANA SAGASTUY** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LORENSA BECERRA CAMARGO* *PS_2133_2025_741158* **LORENSA BECERRA CAMARGO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1117534568	VIVIANA CAROLINA RAMOS JOVEL	CALLE 54C SUR # 97-20 TORRE 1 APARTAMENTO 602	3112078855	vcrj9501@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	I	14/07/2025	87856030	$440.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1117534568	VIVIANA CAROLINA RAMOS JOVEL		CALLE 54C SUR # 97-20 TORRE 1 APARTAMENTO 602	3112078855	vcrj9501@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	I	14/07/2025	87856030	$440.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1117534568	RAMOS JOVEL VIVIANA CAROLINA	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información