

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	VIVIANA CAROLINA RAMOS JOVEL			CC:	1117534568
CORREO ELECTRÓNICO:	vcrj9501@gmail.com			TELÉFONO:	3112078855
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CArrera 19d # 1 - 27			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	NU	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	69643054
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3074 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.793.100	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 VIVIANA CAROLINA RAMOS JOVEL PS_3074_2026_0AEF59 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: VIVIANA CAROLINA RAMOS JOVEL CC: 1117534568 CEL: 3112078855					

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 II 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 3074 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 11.172.400	No. HORAS EJECUTADAS	0
----------------------------	---------------	----------------------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 16.758.600	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.793.100
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES
---	----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO
---	---------------------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
------------------------	---------------------------------

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	1. Realizar cruces entre las diferentes fuentes de información en salud. 1.1 Actividades desarrolladas: todas las entregas mensuales requieren del cruce de información entre bases de usuarios asignados, consultas generadas y reportadas en Dinámica gerencial, bases de seguimientos a usuarios, adscripción, reportes mensuales. 1.2 Productos (evidencias): 05 BASE AN CENTRO ORIENTE MAYO 10-06-2026, 06. Cohorte_infancia_junio-2026, PMC MAYO 2026 y todas sus bases derivadas para Sanitas, Famisanar y Capital Salud, RESOLUCION 2175 MAYO 2026.
---	---

2	2. Diseñar y generar bases de datos para cada una de las cohortes del riesgo. 2.1 Actividades desarrolladas: del 1 al 10 se generan la base reporte de la resolución 2175, la base mensual de la cohorte de alteraciones nutricionales, la base PMC para Capital Salud y la base de la subcohorte de infancia con los usuarios notificados para los eventos 113, 545 y 548; a las cuales se le cruzan diferentes insumos descargados desde Dinámica Gerencial (.net). El 5 se envía la base de la subcohorte infancia a Sanitas. El 7 se envía la resolución 2175 validada en PISIS SISPRO. El 10 se envía la base de alteraciones nutricionales, la base PMC para Capital Salud y la base de la subcohorte de infancia.
---	--

3	3. Entregar semanalmente a cada cohorte, la información referenciada de laboratorio clínico, dinámica gerencial, entre otros aplicativos que se requieran para la generación y consolidación de informes. 3.1 Actividades desarrolladas: el 20 se recibe la base de seguimientos de usuarios notificados por evento 113 para complementar información de atenciones por pediatría, valoración integral y/o nutrición para la EAPB Capital Salud. 3.2 Productos (evidencias): archivo Excel base DNT MAYO 2026.
---	--

4	4. 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. 4.1 Actividades desarrolladas: *El 10 se hace el envío de los usuarios activos para el mes de la cohorte de alteraciones nutricionales y de la subcohorte de infancia para la adscripción mensual. *El 18 se descargan soportes de HC solicitados por referente de res 202 y cohorte de enfermedades autoinmunes y se envían por correo electrónico. 4.2 Productos (evidencias): archivo Excel base ADSCRIPCION MAYO 2026 A.N, base SUBCOHORTE PRIMERA INFANCIA PARA ADSCRIPCION MAYO 2026, HC CCXXXXXXXXX.
---	---

5	5. Realizar apoyo en la generación y consolidación de indicadores de riesgo necesarios para el reporte mensual, semestral y anual. 5.1Actividades desarrolladas: *Del 23 al 30 se genera el reporte de los seguimientos a usuarios de la subcohorte infancia realizados por los centros de salud en la base mensual de la subcohorte, se realiza la actualización del dato Z SCORE y de las atenciones para el mes, se dividen por centros de salud, se genera el tablero de control y se hace el envío para que sean distribuidas a cada centro y así puedan ser realizados los seguimientos a los usuarios con alerta de bajo peso, riesgo y desnutrición. 5.2Productos (evidencias): 06. Cohorte_infancia_junio_2026.
---	--

	6. Realizar apoyo al proceso de canalización en cada proceso o cohorte del riesgo en donde realice sus obligaciones. 6.1 Actividades desarrolladas: de lunes a viernes se cargan las respuestas de canalizaciones SIRC de la EAPB Capital Salud en el aplicativo distrital y se envían soportes de cargue junto con la base al técnico encargado del proceso con copia a referente del proceso y referente de cohorte
--	--

6	materno perinatal. 6.2 Productos (evidencias): archivo Excel base REPORTE XXXX T y carpeta comprimida .ZIP que contiene capturas de pantalla de aplicativo con respuesta cargada, se envían soportes a través del correo apoyotecnicorpms@subredcentrooriente.gov.co
7	7. Apoyar en la digitación de los diferentes procesos bajo la supervisión de la dirección de gestión integral del riesgo. 7.1 Actividades desarrolladas: durante todo el transcurso del mes se da respuesta a todas las solicitudes realizadas tanto por la DGIRS como por las EAPB a través del correo apoyotecnicorpms@subredcentrooriente.gov.co, estas solicitudes muchas veces requieren realizar cruces en bases Excel, sobre las cuales se cruzan diferentes reportes según la necesidad de la solicitud. 7.2 Productos (evidencias): Todo lo recibido y enviado a través del correo electrónico institucional.
8	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. 8.1 Actividades desarrolladas: se realizan bases MP para mayo 2026 (base alteraciones nutricionales, subcohorte infancia, PMC mayo, resolución 2175, cargue de canalizaciones en SIRC. 8.2 Productos (evidencias): 05 BASE AN CENTRO ORIENTE MAYO 10-06-2026, 06. Cohorte_infancia_junio-2026, PMC MAYO 2026 y todas sus bases derivadas para Sanitas, Famisanar y Capital Salud, RESOLUCION 2175 MAYO 2026, REPORTE XXXX T.
9	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. 9.1 Actividades desarrolladas: se realiza el cargue de las evidencias (insumos) trabajados durante todo el mes en el Onedrive de evidencias compartido por la referente de cohortes de la DGIRS. 9.2 Productos (evidencias): https://subredcentrooriente-my.sharepoint.com/personal/reportes_dgirs_subredcentrooriente_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?e=5%3A921adbc69e824b4b9695c1da6040703d&sharingv2=true&fromShare=true&at=9&CID=3eba9a29%2Daf30%2D4117%2D8bc9%2D8001ce7a4a47&id=%2Fpersonal%2Freportes%5Fdgirs%5Fsubredcentrooriente%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FGesti%C3%B3n%20Administrativa%2F2026%2FSPORTES%20CUENTAS%20DE%20COBRO%2FT%C3%89CNICOS%2FVIVIANA%20CAROLINA%20RAMOS%20JOVEL&FolderCTID=0x012000FDED3E5163F2704FB52449D31EC00875&view=0

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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 88331579	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/06/10	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/06/10	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/06/10	\$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 541.800

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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



VIVIANA CAROLINA RAMOS JOVEL
PS_3074_2026_0AEF59

VIVIANA CAROLINA RAMOS JOVEL
CC: 1117534568

FIRMA DE QUIEN VALIDA



GINA PAOLA FLÓREZ PIÑEROS
PS_3074_2026_0AEF59

GINA PAOLA FLÓREZ PIÑEROS
SUPERVISOR ALTERNO

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



LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
PS_3074_2026_0AEF59

LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		88331579	10/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$541.800	

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	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

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				

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1117534568	VIVIANA CAROLINA RAMOS JOVEL		CARRERA 19D # 1 - 27 APARTAMENTO 302	3112078855	vcrj9501@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		88331579	10/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$541.800	

DETALLE POR COTIZANTE																																									
INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES								
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Económico	INS	RET	TDE	TAE	TAP	TAP	VSP	VST	SAJ	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE		
1	CC 1117534568	RAMOS JOVEL VIVIANA CAROLINA	59	0		N																																			



¡Listo! Hiciste tu pago

10 jun 2026, 14:03

Pago en:

COMPENSAR-OI

Descripción:

MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

La cantidad de:

\$541.800,00

Impuesto del 4X1.000 de:

\$0,00

Impuesto IVA:

\$0,00

Fecha de transacción:

10/06/2026

CUS:

379576176

Número de referencia 1:

181.237.50.164

Número de referencia 2:

CC

Número de referencia 3:

1117534568

Número de la factura:

88331579

Esta transacción se hizo a través de PSE

