Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2025-06-01	**Hasta:**	2025-06-30	
Nombre del Contratista:	MONICA JULIETH MANRIQUE BOCANEGRA		**Número de Documento:**	1000125284	
Correo Electrónico:	manriquemonica53@gmail.com		**Número Telefónico:**	3222691672	
Nombre del Supervisor:	JORGE HERNANDO CABRERA ROJAS	**Cargo:**	DIRECTOR FINANCIERO	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2566-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	59
Perfil:	APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO - FACTURADOR SERVICIOS AMBULATORIOS O AREAS ADMINISTRATIVAS				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN FINANCIERA				
Unidad de Servicios:	ADMINISTRATIVA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
R23SA	DIRECCIÓN FINANCIERA	ADMINISTRATIVA	186	0	10257	$1907802	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1907802**	**UN MILLON NOVECIENTOS SIETE MIL OCHOCIENTOS DOSPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
Fecha de Inicio del Contrato	2025-01-16	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-08-31

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	ENERO	$ 953901
2	FEBRERO	$ 1907802
3	MARZO	$ 1907802
4	ABRIL	$ 1907802
5	MAYO	$ 1907802
6	JUNIO	$ 1907802

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 14308515	**$ 14308515**	**$ 10492911**	**$ 3815604**

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Atender humanizada, oportuna, respetuosa y solidariamente a los usuarios internos y externos, crear de forma completa los usuarios que ingresan a la institución dejando registro en el sistema de información DGH o en su defecto realizar actualización constante de toda la información relevante a la identificación y georreferenciación de estos , realizar verificación de derechos en las bases de datos (ADRES, DNP, Comprobador de Derechos y Bases de Datos de acuerdo a la modalidad de contratación) identificando el pagador correspondiente de forma adecuada y oportuna.	-verificación de derechos, adres, comprobadores	-comprobadores
2	2 Asignar citas de acuerdo a la oportunidad de las agendas, facturar consultas, apoyo diagnóstico, rehabilitación y procedimientos ambulatorios en cada una de las unidades que conforman la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, de acuerdo a la oferta de servicios y contratación de la institución, recaudando los copagos para los usuarios que así lo ameriten,	-n/a	-n/a
3	3. Realizar la facturación efectiva de todos los servicios ambulatorios requeridos (Citas, apoyos diagnosticos farmacia, procedimientos etc.) que requieran los usuarios y entrega diaria de las mismas	--realizar los cargos en el sistema de información de acuerdo a lo autorizado por las eps o solicitud medica.	-facturas - recibo
4	4. Realizar cierre de caja de manera diario dando solución a las inconsistencias reportadas por dicha área,	-dar solución a las inconsistencias reportadas	-inconsistencias

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
5	5. Entrega de facturas a diario garantizando el soporte de las mismas, realizando la corrección de las facturas en un plazo no mayor a 24 horas posteriores a la devolución y/o anulación, al igual que la corrección de las inconsistencias reportadas para lo facturado a Capital Salud y FFDS	corrigiendo facturas anuladas en los tiempos establecidos	-facturas
6	6. Verificar y solucionar los ingresos ambulatorios aperturados los cuales se encuentren en estado registrado o bloqueado y que por ende no tienen factura asociada	-realizar la depuración de los ingresos aperturados facturando y/o presentar soporte para la depuración.	-informe de facturas
7	7. Presentar aporte de parafiscales dentro de los días 20-25 de cada mes con soportes requeridos para presentar la cuenta de cobro entre el 1-10 del mes siguiente de acuerdo al cumplimiento de las actividades contractuales, En caso de retiro de las actividades asignadas deberá dejar al día el 100% de las actividades contratadas así como la entrega oficial del inventario y utensilios de trabajo entregados para el desempeño laboral, siendo esto pre-requisito para firma de paz y salvo institucional y pago correspondiente por el tiempo trabajo faltante por certificar	-entregando el pago de parafiscales en estipulados los tiempos.	-soportes
8	8. Desarrollar las demás actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato.	-Realizar la facturacion y estar al dia con las actividades diarias	-paz y salvo

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	$ 1907802
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	4605742889	-		
2025	MAYO	2025	06	11				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		UN MILLON NOVECIENTOS SIETE MIL OCHOCIENTOS DOSPESOS						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1423500	$ 227760	**$ 227800**
Salud		SALUD TOTAL		$ 177938	**$ 178000**
ARL	3	SURA		$ 34676	**$ 34700**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 413129**	**$ 440500**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO AV VILLAS	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	675966555

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MONICA JULIETH MANRIQUE BOCANEGRA	2025-06-23 16:44:43
RECHAZADO SUPERVISOR	JORGE HERNANDO CABRERA ROJAS	2025-06-26 09:57:00
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MONICA JULIETH MANRIQUE BOCANEGRA	2025-06-27 20:20:56
RECHAZADO SUPERVISOR	JORGE HERNANDO CABRERA ROJAS	2025-06-27 20:30:43
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MONICA JULIETH MANRIQUE BOCANEGRA	2025-06-27 21:22:12
ACEPTADO SUPERVISIÓN	JORGE HERNANDO CABRERA ROJAS	2025-06-28 11:11:46
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-06-30 13:55:35

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)

NOTA: La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



JORGE HERNANDO CABRERA ROJAS
DIRECTOR FINANCIERO

Bogotá D.C., **JUNIO 26 de 2025**

Doctor
JORGE HERNANDO CABRERA ROJAS
Director Financiero
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE

Ref. Autorización de descuento de facturas

Cordial Saludo,

Por medio del presente me permito autorizar el descuento por valor de **$ 84.400 M/CTE**, debido a que el paciente no tiene autorización vigente con la Subred para la fecha de la atención, se realizó el trámite ante la EPS quienes no autorizaron los servicios, razón por la cual la Subred no pudo realizar el cobro ante el pagador.

Solicito respetuosamente me sean descontados de mis honorarios del mes de **JUNIO.**

FACTURA	PAGARE	FECHA FACT	VALOR	MOTIVO
8097281		26/06/2025	**13.600**	**Sin soporte de afiliación - Sin Autorización**
8097193		26/06/2025	**35.400**	**Sin soporte de afiliación - Sin Autorización**
8097185		26/06/2025	**35.400**	**Sin soporte de afiliación - Sin Autorización**
Total			**84.400**	

Sin otro Particular,

Monica Manrique

NOMBRE: Mónica Julieth Manrique bocanegra
DOCUMENTO: 1000125284
DIRECCION: Calle 69d bis sur #14c 68
TELEFONO: 3222691672
CORREO: manriquemonica53@gmail.com

C.C. Ingeniera Luz Analida Páez Parra – Referente de Facturación

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
900958564

Fecha Actual : jueves, 26 junio 2025

REGISTRO DE SERVICIOS
00000008097281

Fecha : 26 jun. 2025 12:32 p. m.

Paciente	1123565435	KAROL DAYANA CALLE PACHON	**Tipo**	Subsidiado
Entidad	EPSS34	CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S	**NIT**	900298372
Dirección	CALLE 185 B 8-D 26 BARRIO TIBABITA 01 BOGOTÁ D.C BOGOTA D.E. COL		**Teléfono**	3115662823
Plan	FES03444	FE CAPITAL SALUD SUBSIDIADO PYD	**Edad**	16 Años / 1 Meses / 17 Días
Estrato	S2	SUBSIDIADO NIVEL 2	**Sexo**	Femenino
Centro	VAN	CENTRO DE SALUD CANDELARIA LA NUEVA C. BOLÍVAR	**Ingreso**	16422888
Empresa			**Fec Ingreso**	13 jun. 2025 07:41 p. m.
Fec Egreso	13 jun. 2025 07:41 p. m.		**Usuario**	1000125284

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890205	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA Médico : 79708641 - JOHN FREDY PEÑA PULIDO	1,00	$ 13.600,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 13.600,00

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	$ 13.600,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	$ 0,00
VALOR ANTICIPO	$ 0,00
CUOTA RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	$ 0,00
VALOR IVA	$ 0,00
VALOR DESCUENTO	$ 0,00
VALOR FRANQUICIA	$ 0,00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO	$ 13.600,00

TOTAL: TRECE MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

FIRMA RESPONSABLE **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **REVISOR**

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.] NIT [900958564-9]

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
900958564

Fecha Actual : jueves, 26 junio 2025

REGISTRO DE SERVICIOS
00000008097185

Fecha : 26 jun. 2025 12:16 p. m.

Paciente	52376785	NAYDU ALZATE GARZON	**Tipo**	Subsidiado
Entidad	EPSS34	CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S	**NIT**	900298372
Dirección	CALLE 185 B 8-D 26 BARRIO TIBABITA 01 BOGOTÁ D.C BOGOTA D.E. COL		**Teléfono**	3115662823
Plan	FES03444	FE CAPITAL SALUD SUBSIDIADO PYD	**Edad**	49 Años / 0 Meses / 4 Días
Estrato	S0	SUBSIDIADO NIVEL 0	**Sexo**	Femenino
Centro	TNCP	CAPS TUNAL	**Ingreso**	16264963
Empresa			**Fec Ingreso**	13 may. 2025 06:24 p. m.
Fec Egreso	04 jun. 2025 08:55 a. m.		**Usuario**	1000125284

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
PROCEDIMIENTOS DE PROMOCION Y PREVENCION						
892901	TOMA NO QUIRURGICA DE MUESTRA O TEJIDO CERVICOVAGINAL PARA ESTUDIO CITOLOGICO Médico : 1031170538 - DARLY JULIETH SERRATO CASTAÑEDA	1,00	$ 35.400,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 35.400,00

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	$ 35.400,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	$ 0,00
VALOR ANTICIPO	$ 0,00
CUOTA RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	$ 0,00
VALOR IVA	$ 0,00
VALOR DESCUENTO	$ 0,00
VALOR FRANQUICIA	$ 0,00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO	$ 35.400,00

TOTAL: TREINTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

FIRMA RESPONSABLE **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **REVISOR**

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
900958564

Fecha Actual : jueves, 26 junio 2025

REGISTRO DE SERVICIOS
00000008097193

Fecha : 26 jun. 2025 12:18 p. m.

Paciente	1074189108	GLORIA KATALINA RODRIGUEZ ROA	**Tipo**	Subsidiado
Entidad	EPSS34	CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S	**NIT**	900298372
Dirección	CALLE 185 B 8-D 26 BARRIO TIBABITA 01 BOGOTÁ D.C BOGOTA D.E. COL		**Teléfono**	3115662823
Plan	FES03444	FE CAPITAL SALUD SUBSIDIADO PYD	**Edad**	28 Años / 9 Meses / 19 Días
Estrato	S1	SUBSIDIADO NIVEL 1	**Sexo**	Femenino
Centro	UD	CENTRO DE SALUD MARICHUELA	**Ingreso**	16366279
Empresa	01	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	**Fec Ingreso**	03 jun. 2025 07:32 p. m.
Fec Egreso	03 jun. 2025 07:32 p. m.		**Usuario**	1000125284

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
PROCEDIMIENTOS DE PROMOCION Y PREVENCION						
892901	TOMA NO QUIRURGICA DE MUESTRA O TEJIDO CERVICOVAGINAL PARA ESTUDIO CITOLOGICO Médico : 1193143130 - GERARDYN ADRIANA FIGUERA GUERRERO	1,00	$ 35.400,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 35.400,00

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	$ 35.400,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	$ 0,00
VALOR ANTICIPO	$ 0,00
CUOTA RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	$ 0,00
VALOR IVA	$ 0,00
VALOR DESCUENTO	$ 0,00
VALOR FRANQUICIA	$ 0,00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO	$ 35.400,00

TOTAL: TREINTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

FIRMA RESPONSABLE **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **REVISOR**

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

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

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	ENERO 2566-2025.pdf	ENERO 2566-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	FEBRERO 2566-2025.pdf	FEBRERO 2566-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MARZO 2566-2025.pdf	MARZO 2566-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ABRIL 2566-2025.pdf	ABRIL 2566-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAYO 2566-2025.pdf	MAYO 2566-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1000125284
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MONICA JULIETH MANRIQUE BOCANEGRA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 36D BUS SUR 14 C 68	TELÉFONO:	2222222
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**4605742889**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/06/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9992973652

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 227.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 227.800**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 178.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 178.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 34.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 34.700**

VALOR SIN MORA:	**$ 440.500**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 440.500**