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:	NANCY YOLIMA ESPINOSA AMAYA		**Número de Documento:**	52534520	
Correo Electrónico:	nancyyoliea79@gmail.com		**Número Telefónico:**	3012896946	
Nombre del Supervisor:	JORGE HERNANDO CABRERA ROJAS	**Cargo:**	DIRECTOR FINANCIERO	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2557-2025	**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**					

© Siasur - 2025

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	$ 2123199	
4	ABRIL	$ 1907802	
5	MAYO	$ 2041143	
6	JUNIO	$ 1907802	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 14308515	**$ 14308515**	**$ 10841649**	**$ 3466866**

	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.	-ATENDER DE MANERA CORDIAL , HUMANIZADA,CON INFORMACIÓN OPORTUNA, CLARA, Y VERAZ A LOS USUARIOS	-MANTENER UN TRATO DE MANERA HUMANIZADA Y CORRECTA PARA ATENDER LOS PACIENTE
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,	-ASIGNAR LAS CITAS DE UNIDAD RENAL, SEGÚN LA DISPONIBILIDAD DE AGENDA	-SEGÚN LA DISPONIBILIDAD DE AGENDA
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 APERTURA DE INGRESOS PACIENTES UNIDAD RENAL VERIFICANDO LOS DIFERENTES COMPROBADORES	-APERTURA DE INGRESO EN DINÁMICA PRIMER DÍA DEL MES
4	4. Realizar cierre de caja de manera diario dando solución a las inconsistencias reportadas por dicha área,	-NO SE RECIBE DINERO	-NO SE RECIBE DINERO

© Siasur - 2025

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	-CIERRE DE FACTURAS MENSUALES PACIENTES DE LA UNIDAD RENAL, Y CUANDO HALLA LUGAR ENTREGA EN LOS FORMATOS FACTURAS POR EVENTO	-REGISTRO DINAMICA
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	-VERIFICAR INGRESOS ABIERTOS Y DAR SOLUCIÓN SEGÚN LA HISTORIA CLÍNICA	-REGISTRO DINAMICA
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	-ENTREGA SOPORTE DE PAGO DE LOS PARA FISCALES, CUENTA DE COBRO	-REGISTRO DINAMICA
8	8. Desarrollar las demás actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato.	-SEGUN EL SERVICIO ASIGNADO	-SEGUN EL SERVICIO ASIGNADO

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	$ 2041143
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	7972668081	-		
2025	MAYO	2025	06	25				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		DOS MILLONES CUARENTA Y UN MIL CIENTOCUARENTA Y TRESPESOS						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1423500	$ 227760	**$ 230600**
Salud		NUEVA EPS		$ 177938	**$ 180200**
ARL	3	SURA		$ 34676	**$ 35200**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 413129**	**$ 446000**

INFORMACIÓN DE PAGO

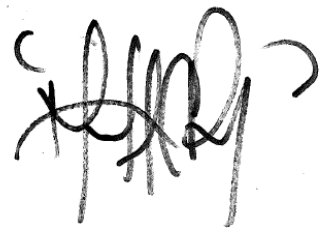
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	488402377383

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	NANCY YOLIMA ESPINOSA AMAYA	2025-06-25 07:59:32
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	NANCY YOLIMA ESPINOSA AMAYA	2025-06-25 08:31:26
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	NANCY YOLIMA ESPINOSA AMAYA	2025-06-25 08:31:46
RECHAZADO SUPERVISOR	JORGE HERNANDO CABRERA ROJAS	2025-06-26 09:42:04
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	NANCY YOLIMA ESPINOSA AMAYA	2025-06-26 12:48:16
RECHAZADO SUPERVISOR	JORGE HERNANDO CABRERA ROJAS	2025-06-26 15:02:08
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	NANCY YOLIMA ESPINOSA AMAYA	2025-06-26 16:51:30
ACEPTADO SUPERVISIÓN	JORGE HERNANDO CABRERA ROJAS	2025-06-27 08:22:32
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-06-29 10:32:02

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

© Siasur - 2025

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52534520
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NANCY YOLIMA ESPINOSA AMAYA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 77 SUR # 14A -08 INT 2	TELÉFONO:	6559429
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7972668081**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	mayo AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		19			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/06/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1577221792

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.800	$ 0	$ 227.800	$ 2.800	$ 230.600
SUBTOTALES:										**$ 227.800**	**$ 2.800**	**$ 230.600**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 2.200	$ 0	$ 178.000	$ 2.200	$ 0	$ 180.200
SUBTOTALES:													**$ 178.000**	**$ 2.200**	**$ 0**	**$ 180.200**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 34.700	$ 34.700	$ 500	$ 0	$ 35.200
SUBTOTALES:									**$ 34.700**	**$ 500**	**$ 0**	**$ 35.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																PARAFISCALES						
																								PENSIÓN								SALUD						ARP										
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 52534520	ESPINOSA AMAYA NANCY YOLIMA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	52534520	$ 34.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 446.000

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

Datos guardados

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		
☐	2557-2025 CUENTA ENERO	NANCY_NANCYYYYY_merged.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2557-2025 CUENTA FEBRERO	CUENTA NANCY_merged.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2557-2025 CUENTA MARZO	CUNTA NANCY_merged.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2557-2025 CUENTA ABRIL	cuenta nancy_merged.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2557-2025 CUENTA MAYO	soprtesnancy.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Datos guardados