

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:	4614450718	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: julio	PERIODO COTIZACIÓN	MES: julio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD:	AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	4		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/08/26	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9993771332

NOVEDADES

[illegible]

LIQUIDACIÓN GENERAL

	TOTALES	
	COTIZANTES	TOTAL PAGADO

PENSIÓN

ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 228,400
SUBTOTAL:			1	\$ 228.400

SALUD

NIT		CÓDIGO	NOMBRE		
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL		1	\$ 178.500
SUBTOTAL:				1	\$ 178.500

RIESGOS PROFESIONALES

NIT		CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA		1	\$ 34.800
SUBTOTAL:				1	\$ 34.800

VALOR SIN MORA:	\$ 440.500
VALOR MORA:	\$ 1.200
TOTAL PAGADO:	\$ 441.700



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

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		
☐	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
☐	JUNIO 2566-2025.pdf	JUNIO 2566-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JULIO 2566-2025.pdf	JULIO 2566-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios Salud Sur E.S.E.
certifica que:

MONICA JULIETH MANRIQUE BOCANEGRA

1000125284

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

POLÍTICA DE INTEGRIDAD, CONFLICTO DE INTERESES, ANTISOBORNO Y ANTICORRUPCIÓN

con una intensidad de **2 horas**

Para constancia se expide:

26 de agosto de 2025



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios Salud Sur E.S.E.
certifica que:

MONICA JULIETH MANRIQUE BOCANEGRA

1000125284

Cumplió satisfactoriamente con la:
INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN 2025

Para constancia se expide:

26 de agosto de 2025

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.		
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS		

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	2025-08-01	Hasta:	2025-08-31
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. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-08-06	2025-12-31	1	\$ 7631208	1232
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar	
1	ENERO			\$ 953901	
2	FEBRERO			\$ 1907802	
3	MARZO			\$ 1907802	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
4	ABRIL	\$ 1907802	
5	MAYO	\$ 1907802	
6	JUNIO	\$ 1907802	
7	JULIO	\$ 1907802	
8	AGOSTO	\$ 1907802	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	SALDO DEL CONTRATO
\$ 14308515		\$ 21939723	\$ 7631208
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
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

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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 facturación y estar al día 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	4614450718	-			
2025	JULIO	2025	08	26					
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	\$ 228400	
Salud					SALUD TOTAL		\$ 177938	\$ 178500	
ARL				3	SURA		\$ 34676	\$ 34800	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 413129	\$ 441700	
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			2025-08-26 21:35:48	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					JORGE HERNANDO CABRERA ROJAS			2025-08-27 18:57:59	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO			2025-08-28 09:57:46	

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