

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:	4623141701	TIPO DE PLANILLA:
PERIODO COTIZACIÓN	MES: septiembre	PERIODO COTIZACIÓN
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD:
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/10/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:
		9994343530

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



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
☐	AGOSTO 2566-2025.pdf	AGOSTO 2566-2025.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐	SEPTIEMBRE 2566-2025.pdf	SEPTIEMBRE 2566-2025.pdf	Proveedor	Descargar Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

Bogotá D.C., **OCTUBRE 20** 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 **\$ 70.800 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 **OCTUBRE**.

FACTURA	PAGARE	FECHA FACT	VALOR	MOTIVO
8638785		16/10/2025	35.400	Sin soporte de afiliación - Sin Autorización
8638788		16/10/2025	35.400	Sin soporte de afiliación - Sin Autorización
Total			70.800	

Sin otro Particular,

Monica Manrique.

NOMBRE: Mónica Julieth Manrique bocanegra

DOCUMENTO: 1000125284

DIRECCION: Dg 76A 78 07 sur

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.	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2025-10-01	Hasta:	2025-10-31	
Nombre del Contratista:	MONICA JULIETH MANRIQUE BOCANEGRA		Número de Documento:	1000125284	
Correo Electrónico:	manriquemonica53@gmail.com		Número Telefónico:	3222691672	
Nombre del Supervisor:	EDWIN BAUTISTA GARCIA	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	Código Grado:	- 222-30

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	Procentaje(%) 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	
9	SEPTIEMBRE	\$ 1907802	
10	OCTUBRE	\$ 1907802	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 14308515		\$ 21939723	\$ 18124119
			\$ 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

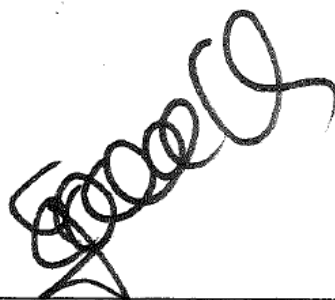
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
5	5. Entrega de facturas a diario garantizando el soporte de las mismas, realizando la corrección de las facturas en un plazo no mayor a 24 horas posteriores 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 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	4623141701	-			
2025	SEPTIEMBRE	2025	10	15					
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	2025-10-23 19:08:07
ACEPTADO SUPERVISIÓN	EDWIN BAUTISTA GARCIA	2025-10-27 19:43:46
RECHAZADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-10-27 20:20:20
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MONICA JULIETH MANRIQUE BOCANEGRA	2025-10-28 13:08:17
RECHAZADO SUPERVISOR	EDWIN BAUTISTA GARCIA	2025-10-28 15:35:15
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MONICA JULIETH MANRIQUE BOCANEGRA	2025-10-28 19:33:04
ACEPTADO SUPERVISIÓN	EDWIN BAUTISTA GARCIA	2025-10-29 09:27:32
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-10-30 10:40:02
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-11-18 12:41:53

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.



EDWIN BAUTISTA GARCIA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO