

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2025-11-01	Hasta:	2025-11-30	
Nombre del Contratista:	SONIA ESPITIA CASTELLANOS		Número de Documento:	52131951	
Correo Electrónico:	sonespi11@hotmail.com		Número Telefónico:	3153247650	
Nombre del Supervisor:	JORGE HERNANDO CABRERA ROJAS	Cargo:	DIRECTOR FINANCIERO	Código - Grado:	

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	2476-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	59
Perfil:	APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO - FACTURADOR - AUTORIZADOR SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS 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	11836	\$2201496	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2201496	DOS MILLONES DOSCIENTOS UN MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEISPESOS					

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	\$ 8805984	1232
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		ENERO		\$ 1100748	
2		FEBRERO		\$ 2201496	
3		MARZO		\$ 2201496	
4		ABRIL		\$ 2201496	

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal. 110611

www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
5	MAYO	\$ 2201496	
6	JUNIO	\$ 2201496	
7	JULIO	\$ 2201496	
8	AGOSTO	\$ 2272512	
9	SEPTIEMBRE	\$ 2201496	
10	OCTUBRE	\$ 2201496	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 16511220		\$ 25317204	\$ 20985228
			\$ 4331976
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Atender humanizada, respetuosa y solidariamente a los usuarios internos y externos, crear de forma completa los pacientes 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.	-VERIFICAR QUE LOS USUARIOS ESTÉN CORRECTAMENTE EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN SEGÚN BASE DE DATOS PARA DEFINIR LINEA DE PAGO VERIFICAR QUE LOS USUARIOS ESTÉN CORRECTAMENTE EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN SEGÚN BASE DE DATOS PARA DEFINIR LINEA DE PAGO	-INGRESOS APERTURADOS
2	2. Apoyar el proceso de autorizaciones con la EPS de los servicios que requieran autorización utilizando los formatos correspondientes para las autorizaciones ante las EAPB en cumplimiento de los tiempos establecidos en la normatividad vigente, registrando los trámites realizados en la hoja de ruta de autorizaciones como soporte de la misma y adjuntando los soportes en dinámica Gerencial en la opción de requerimientos de todos los documentos correspondiente al trámite de autorización y papeles administrativos que permitan validar la trazabilidad realizada ante las EAPB,	-SOLICITAR AL ÁREA ENCARGADA LAS AUTORIZACIONES EN TIEMPO REAL CONSIGNANDO EN EL FORMATO DE AUTORIZACIONES EL SEGUIMIENTO DIARIO	-REQUERIMIENTOS
3	3. Registrar diariamente cargos de servicios de acuerdo a la autorización y/o orden médica y demás servicios que así se requieran y se encuentren debidamente realizados y soportados, notificando las inconsistencias	-SOLICITAR AL ÁREA ENCARGADA QUE SUBAN A REQUERIMIENTOS LAS NOTAS EN HOJA DE RUTA ANEXANDO SOPORTE	-REQUERIMIENTOS

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
4	4. Cerrar el ingreso al momento del Egreso de los pacientes de servicio de Urgencias y/o Hospitalización cuando se dé el alta y generar la factura con todos los cargos de los servicios prestados previa auditoria de la factura, garantizando el diligenciamiento correcto de todos datos requeridos para los registros Individuales de atención (Rips), generando tanto la orden de salida para el egreso del usuario y la factura teniendo en cuenta la normatividad y contratación vigente, al igual que generar el cobro de los copagos cuando así lo amerite realizando recibo de caja y/o pagare según el caso previo concepto de trabajo social, de ameritarlo se debe realizar al momento del egreso del usuario la asignación de citas prioritarias y/o apoyo en asignación de citas generales cuando sea requerido.	-HACER CARGOS A DIARIO PARA EL EGRESO DEL PACIENTE, GENERANDO FACTURA ORDEN DE SALIDA RECIBO DE CAJA Y/O PAGARES CUANDO DE LUGAR	-FACTURA
5	5. Depurar y solucionar los ingresos de urgencias y hospitalización en un plazo no mayor a 72 horas desde el reporte de los mismos,	-REALIZACIÓN DE CORRECCIONES EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDO	-FACTURA
6	6. Dar Respuesta a las devoluciones y glosas iniciales y/o definitivas que se generen por incumplimiento de las actividades asignadas en el contrato,	-REALIZACIÓN DE CORRECCIONES EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDO	-FACTURA
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 desarrollo de las actividades, siendo esto pre-requisito para firma de paz y salvo institucional y pago correspondiente por el tiempo trabajo faltante por certificar,	-ENTREGA DE PARAFISCALES	-ENTREGA DE PARAFISCALES
8	8. Desarrollar las demás actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato	--LAS ASIGNADAS	--LAS ASIGNADAS

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL									
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios de Certificados el Mes Anterior		
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	7988123468	-			\$ 2201496
2025	OCTUBRE	2025	10	20					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES DOSCIENTOS UN MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEISPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 1423500	\$ 227760	\$ 312000	
Salud					SALUD TOTAL		\$ 177938	\$ 243700	
ARL				3	SURA		\$ 34676	\$ 47500	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 413129	\$ 603200	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	4870301746		
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					SONIA ESPITIA CASTELLANOS		2025-11-25 12:07:34		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					JORGE HERNANDO CABRERA ROJAS		2025-11-29 13:03:53		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2025-11-30 18:32:11		

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

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

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

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		
☐	FEBRERO-2476-2025.pdf (Archivado)	FEBRERO-2476-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ENERO-2476-2025.pdf	ENERO-2476-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	FEBRERO-2476--2025.pdf	FEBRERO-2476--2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MARZO-2476-2025.pdf	MARZO-2476-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ABRIL-2476-2025.pdf	ABRIL-2476-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAYO-2476-2025.pdf	MAYO-2476-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JUNIO-2476-2025.pdf	JUNIO-2476-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JULIO-2476-2025.pdf	JULIO-2476-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	AGOSTO-2476-2025.pdf	AGOSTO-2476-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SEPTIEMBRE-2476-2025.pdf	SEPTIEMBRE-2476-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	OCTUBRE-2476-2025.pdf	OCTUBRE-2476-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
			<div>Borrar</div> <div>Cargar nuevo</div>		
<div>Cancelar</div>			<div><div><</div><div>Evaluación de la Entidad Estatal</div><div>></div></div>		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52131951
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	SONIA ESPITIA CASTELLANOS	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 61 A N 100 A 91 SUR TELÉFONO:	7349677
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7988123468	TIPO DE PLANILLA:
PERIODO COTIZACIÓN	MES: octubre	PERIODO COTIZACIÓN
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	OTROS SUBSISTEMAS:
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/10/20	NÚMERO AUTORIZACIÓN:
		1865637867

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						
NIT		CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE			
9003360047	25-14		25-14 COLPENSIONES	1	\$ 312.000	
SUBTOTAL:				1	\$ 312.000	
SALUD						
NIT		CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE			
8001309074	EPS002		EPS002-SALUD TOTAL	1	\$ 243.700	
SUBTOTAL:				1	\$ 243.700	
RIESGOS PROFESIONALES						
NIT		CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE			
8909037905	14-11		14-11 - ARL SURA	1	\$ 47.500	
SUBTOTAL:				1	\$ 47.500	

VALOR SIN MORA:	\$ 603.200
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 603.200

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52131061	NÚMERO PLANILLA:	7988124488	TIPO DE PLANILLA:	INDEPENDIENTES
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	SONIA ESPITIA CASTELLANOS	DEPARTAMENTO:	BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	octubre AÑO 2020	MES:	octubre AÑO 2020
CÓDIGO MUNICIPIO:	BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO:	7348077	DÍAS DE MORA:	0	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1869373867
DIRECCIÓN:	CALLE 61 AN 100 A 91 SUR	INDICADOR DE APORTANTE:	INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/10/20		
UBICACIÓN:	UNIVERSIDAD DE LOS RIOS	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
TIPO EMPRESA:	PRIVADA						
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO						
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEVA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO						

TOTAL APORTES A PENSION							
ADMINISTRADORA		APORTES VOLUNTARIOS		MORA		TOTALES	
CODIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACION	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP
						SUBSISTENCIA	COTIZACION
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$312,000		\$0	\$0	\$0
							FSP
							\$312,000
							MORA
							\$0
							\$312,000
SUB-TOTALES:							\$312,000
							VALOR PAGADO
							\$312,000

TOTAL APORTE A SALUD															
ADMINISTRADORA		Nº.		LICENCIA MATERIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA				TOTALES	
CÓDIGO	NOMBRE	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR AÍRES	COTIZACIÓN	VALOR AÍRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
ES002		1		\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 243.700	\$ 0		\$ 0	\$ 243.700	\$ 0	\$ 0	\$ 243.700
SUBTOTAL ES:								\$ 243.700				\$ 243.700		\$ 0	\$ 243.700

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 SURJA		1			\$ 0			\$ 47,500	\$ 47,500	\$ 0	\$ 0	\$ 47,500	
SUB-TOTALES:											\$ 47,500	\$ 0	\$ 0	\$ 47,500

[illegible]**TOTAL PAGADO:**