compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52126921	AURA YAZMIN GALINDO RODRIGUEZ	DIAGONAL 64 BIS No 18V 24 SUR	6425264	aurayamandarosalba2879@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
85970068	28/04/2025				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	N		86837921	$20.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	7.500	0		0		0	19	100	0	7.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	9.500	0	0	0	0	19	200	0	9.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	1.500				1.500	19	100	1.600			15	1.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1.100	19	100	1.200	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	19	0	0	0
ICBF				
0	19	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	7.500	7.600
Pensión	1	9.500	9.700
Riesgos Laborales	1	1.500	1.600
CCF	1	1.100	1.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	19.600	20.100

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52126921	AURA YAZMIN GALINDO RODRIGUEZ	DIAGONAL 64 BIS No 18V 24 SUR	6425264	aurayamandarosalba2879@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
85970068	28/04/2025				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	N		86837921	$20.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52126921	GALINDO RODRIGUEZ AURA YAZMIN	59	0			N							X										230301	1.904.842	304.800	0	0	0	0	EPS017	1.904.842	238.200	14-11	1.904.842	3	46.500	CCF24	1.904.842	38.100	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): AURA YAZMIN GALINDO RODRIGUEZ
No. Identificación: CC52126921
Dirección: DIAGONAL 64 BIS NO 18V 24 SUR
Telefono: 6425264
Correo: aurayamandarosalba2879@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 85970068

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	AURA YAZMIN GALINDO RODRIGUEZ
Tipo y número de identificación	CC52126921
Número de planilla	85970068
Fecha pago	2025-04-28
Número de autorización pago	1949132
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	abril de 2025
Periodo de Cotización Pensión	abril de 2025
Número de Administradoras	4
Total Pagado	608000
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	45000	1
230301	Porvenir	295300	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	37000	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	230700	1

85970068

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52126921
APELLIDOS Y NOMBRES: AURA YAZMIN GALINDO RODRIGUEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS017	230301	1845226	1845226	1845226	1845226	230700	0	295300	0	45000	37000

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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		
☐	CTO 1508-2025 ENERO 2025	output (4).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 1508 FEBRERO 2015	output (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 1508-MARZO 2025	MR.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 1508 ABRIL 2025	ABRIL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Scotiabank Colpatria

Punto pago

RECIBO DE PAGO

Fecha de venta: 2024/25 Hora: 09:38:3

Id comercio: 25540 **No. Terminal**

Id Trx: 69925380 **Id Aut:**

Comercio: PLATIK - GARCIA & BIERE

Dirección: CL 67A S 18J 54

RECAUDO PSP

TRANSACCIÓN EXITOSA

Convenio: COMPENSAR MI PLANILLA

referencia: 8386095330

Valor: $ 61.800

ORIGINAL

Para mayor información comuníquese a las Tel en Bogotá 7[illegible]

gratis en el resto del país 018000-5222

Powered by CamScanner

MES DE ABRIL

Scotiabank COLPATRIA

CORRESPONSAL BANCARIO
SCOTIABANK COLPATRIA

Pantalla no le cobra por esta transac

Pago de facturas

TRANSACCIÓN EXITOSA

Fecha	28/04/2025
Hora	09:54:44
Terminal	310592
Convenio	PLANTILLA COM - COMPENSAR
Cod. Convenio	0344
Referencia	8385970068
Valor	$608,000
Transacción	001158947304

uso CLIENTE LLEVAR CORTESIA

Línea de atención personalizada en Bog
3487881 Resto del País 01 8000 960 50

Aquí también puede pagar su tarjeta de
crédito y créditos de consumo del Banc
Scotiabank Colpatria

BANCO SCOTIABANK COLPATRIA MULTIBANCA
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Powered by CamScanner

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:**	2025-05-01	**Hasta:**	2025-05-31	
Nombre del Contratista:	AURA YAZMIN GALINDO RODRIGUEZ		**Número de Documento:**	52126921	
Correo Electrónico:	aurayamandarosalba2879@gmail.com		**Número Telefónico:**	3223144935	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1508-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	1
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 1 PIC				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	SALUD PÚBLICA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
K33PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	25881	$4762104	103.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4762104**	**CUATRO MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y DOS MIL CIENTOCUATROPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2025-01-02		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-07-23
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2025-04-21		1	$ 1010896	711

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	ENERO	$ 4613064
2	FEBRERO	$ 4613064
3	MARZO	$ 5064342

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
4	ABRIL	$ 4762104
5	MAYO	$ 4762104

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 31215107	**$ 32226003**	**$ 23814678**	**$ 8411325**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Realizar seguimiento a la planeación de actividades del Programa Ampliado de Inmunizaciones incluida COVID-19	--Realizar microplaneacion diaria de cada una de las actividades proyectadas en la localidad a cargo. -	--Envio de microplaneacion diaria al equipo
2	2. Realizar Cronograma semanal de las tácticas por localidad.	-Realizar plan de acción semanal de la actividades proyectas para la semana - --	- --Plan de accion y cronogramas
3	3. Realizar Realizar acompañamiento técnica al talento humano vacunador y responsable de la vacunación en las, en todos los componentes del PAI	-Realizar listas de chequeo a cada uno de los auxiliares de enfermería de la localidad correspondiente - --- --	-- - Llista de chequeo realizadas al 100% talento humano de la localidad correspondiente
4	4. Verificar, revisar y hacer seguimiento de los productos biológicos entregados y validar que la información cuente con criterios de calidad del registro y sea coincidente con el informe de dosis aplicadas, a través del Kardex diario	--Realizar la verificación y recepción de productos biológicos entregados por parte de el centro de acopio . - -- --- -	- -Formato de recepción de biológico
5	5. Participar en las unidades de análisis de los EAPV presentados e implementación de las acciones de mejora que correspondan.	--Acompañamiento en la visita por parte del profesional que realiza de epidemiología a caso reportado según la localidad. - - - - - -- ---- -	-Acta y lista de chequeo
6	6. Seguimiento, acompañamiento, fortalecimiento y supervisión en terreno al 100% del talento humano de las tácticas de vacunación en la modalidad extramural en temas de los componentes del PAI	---Acompañamiento a los auxiliares en las diferentes estrategias. - - - - -	--Listas de chequeo
7	7. Depurar las bases de datos de las cohortes de menores pendientes por vacunar, entregada por la SDS, verificando la completitud de la información y organización para distribución al talento humano vacunador encargado del agendamiento.	--Realizar verificación de base VPH entregado a talento humano - - -	-Base de VPH verificada
8	8. Seguimiento semanal a las dosis ingresadas a los aplicativos PAI por parte de los digitadores que incluya la validación de comprobador de derechos en el momento	--Verificación de actividades realizadas por los digitadores comparativo de lo aplicado vs lo ingresado al sistema - --	--Acta de verificación
9	9. Seguimiento y supervisión a monitoreo de los controles diarios de temperatura en los refrigeradores y humedad relativa y temperatura ambiental que almacenen vacuna en la Subred	--Se realizan monitoreo y controles diarios de temperatura en los refrigeradores y humedad relativa y temperatura ambiental de la nevera de la localidad y cuanto de insumos . - - - -- -	--- - -- Formato de temperatura digita

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
10	10. Realizar seguimiento a los planes de mejora implementados y los generados por EAPV.	---Realizar la verificación y acompañamiento de los planes de mejora según las necesidades requeridas. - -	--Planes de mejora
11	11. Realizar acompañamiento a la reunión convocada por la Secretaría Distrital de Salud	---Asistencia y participación reunión distrital . -	- --Acta asistecia
12	12. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	---Se realizan actividades solicitadas - -- - -	----Entrega de soporte

© Siasur - 2025

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	$ 4762104
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	85970068	-		
2025	ABRIL	2025	04	24				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y DOS MIL CIENTOCUATROPESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1904842	$ 304775	**$ 305000**
Salud		FAMISANAR		$ 238105	**$ 245800**
ARL	3	SURA		$ 46402	**$ 46600**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 552823**	**$ 597400**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870236918

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	AURA YAZMIN GALINDO RODRIGUEZ	2025-05-23 09:05:32
RECHAZADO SUPERVISOR	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-05-24 11:55:17
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	AURA YAZMIN GALINDO RODRIGUEZ	2025-05-24 21:05:06
RECHAZADO SUPERVISOR	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-05-26 12:37:10
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	AURA YAZMIN GALINDO RODRIGUEZ	2025-05-26 14:17:35
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	AURA YAZMIN GALINDO RODRIGUEZ	2025-05-26 14:18:01
RECHAZADO SUPERVISOR	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-05-26 18:44:09
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	AURA YAZMIN GALINDO RODRIGUEZ	2025-05-26 19:18:13
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-05-28 08:58:06
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-05-29 11:08:56

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.



YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD