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	1056482480	BLANCA MILENA ALBA BUITRAGO	CL 74 A 98 05 BARR ALAMOS NORTE	8677850	milenaalbabuitrago@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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-09	I	14/10/2025	90629329	$495.000	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	200.000	0		0		0	0	0	0	200.000	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	256.000	0	0	0	0	0	0		256.000	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	39.000				39.000	0	0	39.000			390	39.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	200.000	200.000
Pensión	1	256.000	256.000
Riesgos Laborales	1	39.000	39.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	495.000	495.000

PAGADA

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	1056482480	BLANCA MILENA ALBA BUITRAGO	CL 74 A 98 05 BARR ALAMOS NORTE	8677850	milenaalbabuitrago@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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-09	I	14/10/2025	90629329	$495.000	

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	1056482480	ALBA BUITRAGO BLANCA MILENA	57	0			N																	230201	1.600.000	256.000	0	0	0	0	EPS037	1.600.000	200.000	14-11	1.600.000	3	39.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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		
☐	3496-2025 ALBA BUITRAGO BLANCA MILENA CC 1056482480 ENERO 2025(del 21 al 31 de enero de 2025).pdf	3496-2025 ALBA BUITRAGO BLANCA MILENA CC 1056482480 ENERO 2025(del 21 al 31 de enero de 2025).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ANTIGENO HEPATITIS ALBA BUITRAGO BLANCA MILENA CC 1056482480.pdf	ANTIGENO HEPATITIS ALBA BUITRAGO BLANCA MILENA CC 1056482480.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3496-2025 ALBA BUITRAGO BLANCA MILENA CC 1056482480 FEBRERO 2025..pdf	3496-2025 ALBA BUITRAGO BLANCA MILENA CC 1056482480 FEBRERO 2025..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3496-2025 ALBA BUITRAGO BLANCA MILENA CC 1056482480 MARZO 2025..pdf	3496-2025 ALBA BUITRAGO BLANCA MILENA CC 1056482480 MARZO 2025..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3496-2025 ALBA BUITRAGO BLANCA MILENA CC 1056482480 ABRIL 2025..pdf	3496-2025 ALBA BUITRAGO BLANCA MILENA CC 1056482480 ABRIL 2025..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3496-2025 ALBA BUITRAGO BLANCA MILENA CC 1056482480 MAYO 2025..pdf	3496-2025 ALBA BUITRAGO BLANCA MILENA CC 1056482480 MAYO 2025..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3496-2025 ALBA BUITRAGO BLANCA MILENA CC 1056482480 JUNIO 2025.pdf	3496-2025 ALBA BUITRAGO BLANCA MILENA CC 1056482480 JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SIDEAP 2025.pdf	SIDEAP 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SIGEP 2025.pdf	SIGEP 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3496-2025 ALBA BUITRAGO BLANCA MILENA CC 1056482480 JULIO 2025.pdf	3496-2025 ALBA BUITRAGO BLANCA MILENA CC 1056482480 JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3496-2025 ALBA BUITRAGO BLANCA MILENA CC 1056482480 AGOSTO 2025.pdf	3496-2025 ALBA BUITRAGO BLANCA MILENA CC 1056482480 AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CURSOS LAVADO DE MANOS, INDUCCION Y REINCUCCION ,CONFLICTO DE INTERES SOCIAL.pdf	CURSOS LAVADO DE MANOS, INDUCCION Y REINCUCCION ,CONFLICTO DE INTERES SOCIAL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3496-2025 ALBA BUITRAGO BLANCA MILENA CC 1056482480 SEPTIEMBRE 2025..pdf	3496-2025 ALBA BUITRAGO BLANCA MILENA CC 1056482480 SEPTIEMBRE 2025..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) 018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

UNA PERSPECTIVA PARA CRECER

Se registró la información con éxito

Aceptar

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:**	2025-10-01	**Hasta:**	2025-10-31	
Nombre del Contratista:	BLANCA MILENA ALBA BUITRAGO		**Número de Documento:**	1056482480	
Correo Electrónico:	mile.11.15@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3202756112	
Nombre del Supervisor:	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	**Cargo:**	DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS	**Código - Grado:**	009 - 05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3496-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	26
Perfil:	TERAPEUTA RESPIRATORIO				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
Unidad de Servicios:	USS TUNAL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
M12TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS TUNAL	180	24	20664	$4215456	109.7%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4215456**	**CUATRO MILLONES DOSCIENTOS QUINCE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SEISPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2025-01-21		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-09-20
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2025-08-11	2025-10-31	1	$ 5455296	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	$ 4463424	1767

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	ENERO	$ 1487808
2	FEBRERO	$ 3471552
3	MARZO	$ 3719520

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
4	ABRIL	$ 3719520
5	MAYO	$ 3967488
6	JUNIO	$ 3967488
7	JULIO	$ 3967488
8	AGOSTO	$ 4215456
9	SEPTIEMBRE	$ 3719520
10	OCTUBRE	$ 4215456

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 30748032	**$ 40666752**	**$ 36451296**	**$ 4215456**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Prestar servicios de perfil (profesional de apoyo terapeutico) acorde con la Lex Artis, segùn necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS), Sistema Obligatorio de Garantia y Calidad (SOGC) y demàs normas concordantes	--Registrar en la historia clinica toda la informacion de la atencion terapeutica, de manera veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultanea o inmediatamente despues de su realizaciòn, con Integralidad, secuencialidad, racionalidad cientifica (logica, clara, completa) y demas criterios que defina el Ministerio de Salud y Protecciòn Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 19951999, 8392017, norma que la modifique o sustituya.-Registrar en la historia clinica del paciente su evolución diaria tales como los signos vitales, estado hemodinamico, evaluación cardiovascular.	Verificar diagnosticos y antecedentes del paciente, definiendo procedimientos para establecer el tipo de enfermedad cardiopulmonar que prese
2	Realizar actividades de informacion, educacion, comunicacion, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria	Revisar autorización y/o consentimiento del paciente al procedimiento, aplicar medidas de bioseguridad, entrevistar al paciente etica y cordialmente y evaluar cuidadosamente el estado respiratorio del paciente-- - -	----AUTORIZACION FORMATO CONSETIMIENTO INFORMAD
3	Registrar en la historia clinica toda la informacion de la atencion terapeutica, de manera veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultanea o inmediatamente despues de su realizaciòn, con Integralidad, secuencialidad, racionalidad cientifica (logica, clara, completa) y demas criterios que defina el Ministerio de Salud y Protecciòn Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017, norma que la modifique o sustituya)	-Identificarse con el paciente y cuidadores y confirmar su identidad, informar y explicar al paciente sobre el procedimiento a seguir y brindarle educación al paciente.- S	---GUIAS Y PROTOCOLOS INTERNOS

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
4	Apoyar la elaboracion, actualizacion de formatos, protocolos, guìas, procedimientos de apoyo terapeutico y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes, garantizando las normas universales de bioseguridad	-Evaluar cuidadosamente el estado respiratorio del paciente, informar y explicar al paciente sobre el procedimiento a seguir, posteriormente reportar resultados al medico tratante y anotar en historia clinica su evolución, registrar procedimientos según normativa interna.	-EVOLUCION REGISTRADA EN LA HISTORIA CLINICA
5	Apoyar en la identificacion, caracterizacion, inscripcion, manejo, seguimiento y canalizacion a usuarios a las diferentes rutas de atencion en salud, asi como la consolidacion de informacion para la trazabilidad de indicadores de la salud.	Evaluar cuidadosamente el estado respiratorio del paciente, informar y explicar al paciente sobre el procedimiento a seguir, posteriormente reportar resultados al medico tratante y anotar en historia clinica su evolución, registrar procedimientos según normativa interna.-	--EVOLUCION REGISTRADA EN LA HISTORIA CLINICA
6	Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente	--Informar y explicar a familiares y cuidadores la evolución diaria y el estado de salud del paciente y registrar en historia clinica el resultado y procedimiento aplicado al paciente.-	-EVIDENCIAHISTORIA REGISTRADA EN MEDIOS MAGNETICO
7	Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento medico acorde al cuadro clìnico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio	Evaluar cuidadosamente el estado respiratorio del paciente, informar y explicar al paciente sobre el procedimiento a seguir, posteriormente reportar resultados al medico tratante y anotar en historia clinica su evolución, registrar procedimientos según normativa interna.-	---EVOLUCION REGISTRADA EN LA HISTORIA CLINICA
8	Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento.	Informar y explicar a familiares y cuidadores la evolución diaria y el estado de salud del paciente y registrar en historia clinica el resultado y procedimiento aplicado al paciente.-	EVIDENCIAHISTORIA REGISTRADA EN MEDIOS MAGNETICO
9	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Las demás actividades que se requieran propias del objeto contractual como terapeuta respiratoria dentro de la Subred Sur Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611 www.subredsur.gov.co Teléfono 7300000 Ext 26017 © Siasur -	----GUIAS Y PROTOCOLOS INTERNO

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	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	90629329	-		$ 3719520
2025	SEPTIEMBRE	2025	10	14				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES SETECIENTOS DIECINUEVE MIL QUINIENTOS VEINTEPESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 1487808	$ 238049	**$ 256000**
Salud		NUEVA EPS		$ 185976	**$ 200000**
ARL	3	SURA		$ 36243	**$ 39000**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 431791**	**$ 495000**

INFORMACIÓN DE PAGO

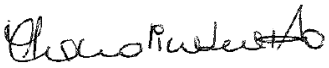
Entidad Bancaria	BBVA COLOMBIA	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0378394043

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	BLANCA MILENA ALBA BUITRAGO	2025-10-26 12:55:30
RECHAZADO SUPERVISOR	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	2025-10-26 21:11:52
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	BLANCA MILENA ALBA BUITRAGO	2025-10-29 12:31:54
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	BLANCA MILENA ALBA BUITRAGO	2025-10-29 12:34:26
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	BLANCA MILENA ALBA BUITRAGO	2025-10-29 13:02:09
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	BLANCA MILENA ALBA BUITRAGO	2025-10-29 13:14:25
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	BLANCA MILENA ALBA BUITRAGO	2025-10-29 13:20:46
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	BLANCA MILENA ALBA BUITRAGO	2025-10-29 20:34:08
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	2025-10-29 22:33:28
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-10-30 18:03:32

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	**USUARIO**	**FECHA**
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 12:43:34

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.



MARIA CAROLINA LEAL APONTE
DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS

© Siasur - 2025