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	1073156720	JHULY ANDREA SANCHEZ RINCON	calle 15 20 285	3183934438	andreasanchezr2@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SOACHA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		91778638	14/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$845.300	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	339.500	0		0		0	8	2.000	0	341.500	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	434.600	0	0	0	0	8	2.600	0	437.200	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	66.200				66.200	8	400	66.600			662	66.600	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	8	0	0	0
ICBF				
0	8	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	339.500	341.500
Pensión	1	434.600	437.200
Riesgos Laborales	1	66.200	66.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	840.300	845.300

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	1073156720	JHULY ANDREA SANCHEZ RINCON	calle 15 20 285	3183934438	andreasanchezr2@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SOACHA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		91778638	14/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$845.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excarcelado	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1073156720	SANCHEZ RINCON JHULY ANDREA	59	0			N																	230201	2.715.840	30	434.600	0	0	0	0	EPS002	2.715.840	30	339.500	14-11	2.715.840	30	3	66.200		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Gmail

pse

99+
Mail
Chat
Meet

Redactar

Recibidos 154
Destacados
Pospuestos
Enviados
Borradores 3
Compras 11
Más

Etiquetas

¡Hola, Andrea Sanchez!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:



Valor: $ 845.300,00
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Fecha de la transacción: 10/07/2026
CUS: 471410242

Gracias por utilizar nuestro servicio.

Ten encuenta estos tips de seguridad:

Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.

Responder Reenviar

1 Modificación del contrato
2 Información general
3 Condiciones
4 Bienes y servicios
5 Documentos del Proveedor
6 Documentos del contrato
7 Información presupuestal
8 Ejecución del Contrato
9 Modificaciones del Contrato
10 Incumplimientos

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	
Pago 001	354419	11/12/2025 9:47:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	-	6.789.600 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 002	002	20/01/2026 7:38:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	-	6.568.200 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 003	371757	22/02/2026 6:50:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	-	7.011.000 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 004	386601	17/03/2026 7:03:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	-	6.789.600 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 005	393730	21/04/2026 10:19:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	-	6.789.600 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 006	398006	20/05/2026 11:59:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	-	6.789.600 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 007	399515	22/06/2026 11:51:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	-	6.789.600 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CTO - OCTUBRE - 7084 - 2025 - JHULY ANDREA SANCHEZ.pdf	CTO - OCTUBRE - 7084 - 2025 - JHULY ANDREA SANCHEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro noviembre CTO 7084-2025.pdf	Cuenta de cobro noviembre CTO 7084-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro diciembre CTO 7084-2025.pdf	Cuenta de cobro diciembre CTO 7084-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro enero CTO 7084-2025.pdf.pdf	Cuenta de cobro enero CTO 7084-2025.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro febrero CTO 7084-2025.pdf	Cuenta de cobro febrero CTO 7084-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	hojaDeVida_SIDEAP_Andrea Sanchez.pdf	hojaDeVida_SIDEAP_Andrea Sanchez.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	TITULO ANDREA SANCHEZ.pdf	TITULO ANDREA SANCHEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	AD 2 PS 7084 2025.pdf	AD 2 PS 7084 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro marzo CTO 7084-2025.pdf	Cuenta de cobro marzo CTO 7084-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro abril CTO 7084-2025.pdf	Cuenta de cobro abril CTO 7084-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro mayo CTO 7084-2025..pdf	Cuenta de cobro mayo CTO 7084-2025..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	AD 4 PS 7084 2025.pdf	AD 4 PS 7084 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	AD 5 PS 7084 2025.pdf	AD 5 PS 7084 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	ARL SURA - 1073156720- CTO7084.pdf	ARL SURA - 1073156720- CTO7084.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

© 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.

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:**	2026-07-01	**Hasta:**	2026-07-31	
Nombre del Contratista:	JHULY ANDREA SANCHEZ RINCON		**Número de Documento:**	1073156720	
Correo Electrónico:	andreasanchezr2@gmail.com		**Número Telefónico:**	3183934438	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7084-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	1678
Perfil:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO II- PIC				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD - PIC				
Unidad de Servicios:	USS CANDELARIA LA NUEVA				

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	36900	$6789600	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 6789600**	**SEIS MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS PESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-10-02	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-11-30

No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-11-14	2026-01-09	1	$ 6789600	1889
2	2026-01-02	2026-03-31	2	$ 20368800	3
3	2026-03-02	2026-04-30	3	$ 6789600	448
4	2026-04-15	2026-05-31	4	$ 6789600	803
5	2026-05-15	2026-06-30	5	$ 6789600	1045

© Siasur - 2026

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
6	2026-07-01	2026-07-31	6	$ 6789600	1358

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	OCTUBRE	$ 6789600
2	NOVIEMBRE	$ 6789600
3	DICIEMBRE	$ 6568200
4	ENERO	$ 7011000
5	FEBRERO	$ 6789600
6	MARZO	$ 6789600
7	ABRIL	$ 6789600
8	MAYO	$ 6789600
9	JUNIO	$ 6789600
10	JULIO	$ 6789600

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 13579200	**$ 67896000**	**$ 67896000**	**$ 0**

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	"1. Realizar Proyección, seguimiento, evaluación y cierre del plan de acción de PAI de la Subred, que incluyan acciones para la operación y avance del programa.	-Plan de acción de los componentes del PAI consolidado	-Formato de plan de acción consolidado y envío a la SDS
2	2. Realizar Articulación sectorial para posicionar y Presentar los avances del programa Ampliado de Inmunizaciones que permitan desarrollar acciones conjuntas con resultado de impacto en las coberturas de vacunación.	-Asistencia a reuniones de articulación y posicionamiento del PAI	-Actas y listados de asistencia
3	3. Evaluar los indicadores PAI: cobertura, acceso, deserción y oportunidad de vacunación de la subred. Además, de la simultaneidad de trazadores de los esquemas de vacunación.	-Evaluación y análisis de los indicadores del programa	-Formato excel con fórmula de análisis de indicadores y estrategias de los mismos.
4	4. Hacer Diligenciamiento del 100% de la información requerida en herramienta SEGPLAN o la dispuesta por la Secretaría de Salud	-Diligenciamiento de la plataforma y formato de excel.	-Diligenciamiento de la plataforma y envío de formato a la SDS
5	5. Realizar reuniones de gestión y análisis con los líderes de localidad, donde se evalué el avance del programa y cumplimiento de metas, permitiendo tomar acciones de mejora oportunas para la Subred.	-Reunión de gestión realizada con equipo de profesionales y técnicos según lineamiento	-Acta y listado de asistencia

© Siasur - 2026

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
6	6. Reportar mediante oficio a las EAPB los hallazgos de incumplimiento en coberturas de vacunación de su red prestadora, donde se incluya la solicitud de acciones de mejora.	-Oficios de socialización de coberturas radicados a las EAPB	-Oficios radicados
7	7. Realizar envío de los informes mensuales (reporte mensual de dosis aplicadas, movimiento de inmunobiológico, dispositivos médicos e insumos, informe tácticas modalidad extramural) del Programa incluida la vacuna COVID19	-Consolidación y envío de informes mensuales a la SDS	-Consolidación y envío de informes mensuales a la SDS
8	8. Realizar articulación con Vigilancia en Salud Pública - VSP y Farmacovigilancia, donde se analicen mínimo las siguientes temáticas: Eventos Prevenibles por Vacuna - EPV, Eventos Adversos Posterior a Vacunación EAPV y táctica de bloqueos	Articulación realizada con VSP QF tratando la temática descrita en el lineamiento	-Articulación realizada con VSP QF tratando la temática descrita en el lineamiento
9	9. Enviar la proyección del plan de acción de actividades de las acciones de bienestar del programa: -Gestión del Programa Ampliado de Inmunizaciones en operación (Coordinación PAI) -Gestión operativa local del Programa Ampliado de Inmunizaciones (líderes de localidad) -Gestión para la implementación y operación del PAI en la IPS públicas, privadas (Profesional intramural) -Gestión para la implementación y operación del PAI en la IPS públicas y privadas (técnico de sistemas) -Gestión para la implementación y operación del PAI en sistemas de información (técnico sistemas - administrativo) -Gestión de la implementación y operación de estrategias del PAI para Enviar la proyección del plan de acción de actividades de las acciones de bienestar del programa: -Gestión del Programa Ampliado de Inmunizaciones en operación (Coordinación PAI) -Gestión operativa local del Programa Ampliado de Inmunizaciones (líderes de localidad) -Gestión para la implementación y operación del PAI en la IPS públicas, privadas (Profesional intramural) -Gestión para la implementación y operación del PAI en la IPS públicas y privadas (técnico de sistemas) -Gestión para la implementación y operación del PAI en sistemas de información (técnico sistemas - administrativo) -Gestión de la implementación y operación de estrategias del PAI para MAS Bienestar (Profesional extramural) -Gestión para la implementación y operación de estrategias del PAI para MAS Bienestar en el entorno educativo (profesional extramural Educativo) -Operación de la cadena de frío e insumos del PAI (Auxiliares enfermería centro de acopio) -Gestión logística para la disposición de insumos y biológicos del PAI (Cronograma rutas)	-Plan de acción de los productos del PAI consolidado	-Plan de acción de los productos del PAI consolidado

© Siasur - 2026

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
10	10. Realizar la solicitud de pedido de medicamentos e inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos del Programa, frente al comportamiento del cálculo de necesidades de la subred.	-Solicitud de biológicos e insumos de acuerdo a la necesidad de la Subred	-Formato de solicitud de biológicos e insumos.
11	11.Realizar Informe de gestión anual del programa Ampliado de inmunizaciones	-Reunión de gestión realizada con equipo de profesionales y técnicos según lineamiento	-Acta y listado de asistencia
12	12. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales."	-Asistencia a reuniones realización de productos solicitados por el PIC la dirección de gestión del riesgo y la subgerencia	-Actas listados de asistencia correos y productos solicitados

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	$ 6789600
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	91778638	-		
2026	**JUNIO**	**2026**	**07**	**14**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		**SEIS MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS PESOS**						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 2715840	$ 434534	**$ 437200**
Salud		SALUD TOTAL EPS S.A.		$ 339480	**$ 341500**
ARL	3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		$ 66158	**$ 66600**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 788191**	**$ 845300**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	456800171286

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JHULY ANDREA SANCHEZ RINCON	2026-07-27 10:06:34
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2026-07-27 12:55:59
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-07-29 10:26:15
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	2026-08-13 13:04:20
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	2026-08-13 13:04:20

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