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	1030553545	MARIEN ANDREA MARENTES GONZALEZ	Cl 91 D SUR 18 C 27	0000000	andreamarentes1010@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93851425	12/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$541.800	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

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	1030553545	MARIEN ANDREA MARENTES GONZALEZ	Cl 91 D SUR 18 C 27	0000000	andreamarentes1010@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

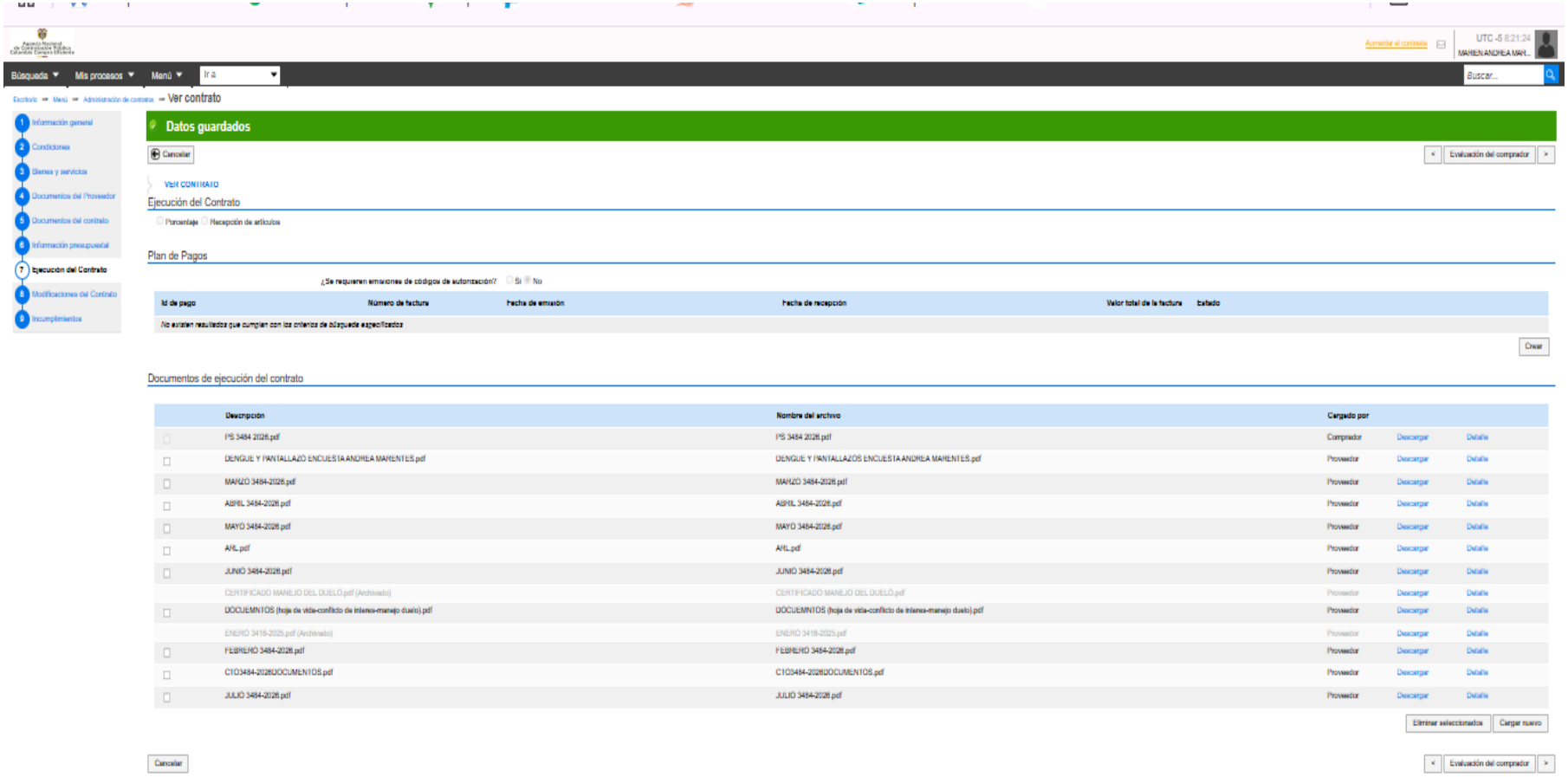
DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93851425	12/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$541.800	

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	ING	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 1030553545	MARENTES GONZALEZ MARIEN ANDREA	59	0			N																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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


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
Datos guardados
Cancelar
Evaluación del comprador
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje
Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?
Si
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
PS 3484 2026.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
DENGUE Y PANTALLAZO ENCUESTA ANDREA MARENTES.pdf
Proveedor
MARZO 3484-2026.pdf
ABRIL 3484-2026.pdf
MAYO 3484-2026.pdf
ARL.pdf
JUNIO 3484-2026.pdf
CERTIFICADO MANEJO DEL DUELO.pdf (Archivado)
DOCUEMNTOS (hoja de vida-conflicto de interes-manejo duelo).pdf
ENERO 3418-2025.pdf (Archivado)
FEBRERO 3484-2026.pdf
CTO3484-2026DOCUMENTOS.pdf
JULIO 3484-2026.pdf
Eliminar seleccionados
Cargar nuevo
Cancelar
Evaluación del comprador

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:**	2026-08-01	**Hasta:**	2026-08-31	
Nombre del Contratista:	MARIEN ANDREA MARENTES GONZALEZ		**Número de Documento:**	1030553545	
Correo Electrónico:	marentesmarien91@gmail.com		**Número Telefónico:**	3044521773	
Nombre del Supervisor:	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	**Cargo:**	DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS	**Código - Grado:**	009 - 05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3484-2026	**Año Contrato:**	2026	**CDP Contrato Inicial:**	303
Perfil:	AUXILIAR DE LABORATORIO				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
Unidad de Servicios:	USS MOCHUELO				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
A38VN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS PASQUILLA	114	0	15112	$1722768	61.3%
L07UC	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS SANTA LIBRADA I	72	0	13830	$995760	35.4%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2718528**	**DOS MILLONES SETECIENTOS DIECIOCHO MIL QUINIENTOS VEINTIOCHOPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2026-02-03			**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2026-06-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2026-05-15		1	$ 2083824	1083
2	2026-06-09	2026-08-31	2	$ 3969288	1242
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		FEBRERO		$ 2901504	

© Siasur - 2026

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
2	MARZO	$ 3536208
3	ABRIL	$ 2809200
4	MAYO	$ 3299388
5	JUNIO	$ 2967468
6	JULIO	$ 3480732
7	AGOSTO	$ 2718528

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 14054160	**$ 20107272**	**$ 21713028**	**$ -1605756**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1.Prestar los servicios propios del perfil de Auxiliar de Laboratorio Clínico, conforme a la Lex Artis y a las necesidades del servicio definidas por LA SUBRED SUR E.S.E., en observancia de los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) y las demás normas aplicables.	-Cumplir con el objetivo del contrato en coordinación con el supervisor de este y acorde con las necesidades de la Subred sur	-Órdenes del laboratorio
2	2. Participar en la elaboración, actualización y aplicación de formatos, protocolos, guías y procedimientos del laboratorio clínico, garantizando su adecuada observancia, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado cuando sea procedente, y asegurando el cumplimiento de las normas universales de bioseguridad.	-Ejecutando las obligaciones especificas acorde a los procedimientos guías lineamientos Manuales que regulan nuestro perfil	-Sistema de componentes
3	. 3. Realizar el alistamiento de insumos, equipos y elementos necesarios para la adecuada toma de muestras en el laboratorio clínico, de acuerdo con los procedimientos institucionales y las condiciones técnicas establecidas.	-Se informa a todos los usuarios las condiciones necesarias para la realización del procedimiento	-Consentimiento informado
4	4. Efectuar la toma de muestras biológicas para análisis clínicos, conforme a la orden médica, aplicando los manuales de toma, conservación y transporte de muestras, con el fin de garantizar condiciones óptimas para su procesamiento y análisis.	-Se informa a todos los usuarios los derechos y deberes de los usuarios	-Se informa a todos los usuarios los derechos y deberes de los usuarios
5	5.Clasificar, rotular, alistar y distribuir las muestras biológicas a las diferentes secciones del laboratorio clínico, asegurando su trazabilidad y el cumplimiento de los lineamientos técnicos definidos.	-Se custodia los recursos e insumos y documentos en razón a la actividad	-Semaforización de insumos formatos de limpieza y desinfección

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
6	6. Registrar de manera oportuna, veraz y completa en el sistema de información del laboratorio clínico los datos de los pacientes atendidos y/o de las muestras recepcionadas, garantizando integralidad, secuencialidad y racionalidad científica, conforme a la normativa vigente (Resolución 1995 de 1999, Resolución 839 de 2017 y las normas que las modifiquen o sustituyan), y a los lineamientos definidos por las autoridades competentes.	-Entrega de resultados a pacientes	-Formato de entrega de resultados con firma de usuario
7	7. Atender las orientaciones, recomendaciones y solicitudes técnicas formuladas por el profesional de bacteriología, en el marco de los procedimientos establecidos y de la coordinación técnica del servicio.	-Llamado a pacientes con alertas criticas para citas prioritarias con sus resultados	-Formato de alertas criticas
8	8. Desarrollar las demás actividades propias del perfil, directamente relacionadas con el objeto contractual, que contribuyan al cumplimiento de las funciones misionales de LA SUBRED SUR E.S.E.	-Limpieza y desinfección de los equipos asignados	-Lista de limpieza y desinfección de los equipos asignados
9	1		

© Siasur - 2026

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	$ 3480732
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	93851425	-		
2026	JULIO	2026	08	12				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	TRES MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA MIL SETECIENTOS TREINTA Y DOSPESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 1750905	$ 280145	**$ 280200**
Salud		COMPENSAR EPS		$ 218863	**$ 218900**
ARL	3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		$ 42652	**$ 42700**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 508148**	**$ 541800**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DE BOGOTÁ	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	161831789

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MARIEN ANDREA MARENTES GONZALEZ	2026-09-01 09:28:17
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	2026-09-01 13:43:22
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2026-09-01 21:06:17
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	2026-09-15 11:12:44

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