compensar | miplanilla.com

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

Señor(a): ANA YUDIRIA VALDES TIMOTE
No. Identificación: CC52857798
Dirección: CALLE 62 SUR NO 32 - 25
Telefono: 7180127
Correo: yudival1982@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 83316889

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ANA YUDIRIA VALDES TIMOTE
Tipo y número de identificación	CC52857798
Número de planilla	83316889
Fecha pago	2025-01-13
Número de autorización pago	1873568
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	diciembre de 2024
Periodo de Cotización Pensión	diciembre de 2024
Número de Administradoras	3
Total Pagado	402200
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	31700	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	208000	1
EPS008	Compensar EPS	162500	1

83316889

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52857798
APELLIDOS Y NOMBRES: ANA YUDIRIA VALDES TIMOTE

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
EPS008	25-14	1300000	1300000	1300000	0	162500	0	208000	0	31700	0

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

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		
	1276-2023 ENERO USS VISTA HERMOSA.pdf (Archivado)	1276-2023 ENERO USS VISTA HERMOSA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Febrero- Contrato Nº 3976-2024.pdf	Cuenta Febrero- Contrato Nº 3976-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTA MARZO-3976.pdf (Archivado)	CUENTA MARZO-3976.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	Cuenta Marzo- Contrato Nº 3976-2024.pdf (Archivado)	Cuenta Marzo- Contrato Nº 3976-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta marzo-contratoN°3976-2024pdf.pdf	cuenta marzo-contratoN°3976-2024pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CuentaAbril-contratoN°3976-2024.pdf	CuentaAbril-contratoN°3976-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CuentaMayocontratoN°3976-2024pdf.pdf	CuentaMayocontratoN°3976-2024pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta junio-contratoN°3976-2024pdf.pdf	cuenta junio-contratoN°3976-2024pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CuentaJulio-ContratoN°3976-2024pdf.pdf	CuntaJulio-ContratoN°3976-2024pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	Cuenta Agosto-ContratoN°3976-2024pdf.pdf (Archivado)	Cuenta Agosto-ContratoN°3976-2024pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Agosto-ContratoN°3976-2024.pdf	Cuenta Agosto-ContratoN°3976-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta septiembre-contrato N°3976-2024.pdf	Cuenta septiembre-contrato N°3976-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Octubre-Contrato N°3976-2024.pdf	Cuenta Octubre-Contrato N°3976-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Noviembre-Contrato Nº 3976-2024.pdf	Cuenta Noviembre-Contrato Nº 3976-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Diciembre-contratoN°3976-2024.pdf	Cuenta Diciembre-contratoN°3976-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

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:**	2025-01-01	**Hasta:**	2025-01-20	
Nombre del Contratista:	ANA YUDIRA VALDES TIMOTE		**Número de Documento:**	52857798	
Correo Electrónico:	yudival1982@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3208818640	
Nombre del Supervisor:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	**Cargo:**	DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS	**Código - Grado:**	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3976-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	465
Perfil:	HIGIENISTA ORAL				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
Unidad de Servicios:	USS VISTA HERMOSA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
E01VB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS VISTA HERMOSA	105	0	9155	$961275	82.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 961275**	**NOVECIENTOS SESENTA Y UN MIL DOSCIENTOS SETENTA Y CINCOPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2024-02-01		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2024-04-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2024-04-01	2024-06-30	1	$ 3340560	1013
2	2024-06-01	2024-08-31	2	$ 3690780	1541
3	2024-08-01	2024-10-31	3	$ 3583020	2136
4	2024-10-01	2024-11-30	4	$ 1661300	2617
5	2024-11-01	2024-12-31	5	$ 1590130	2773
6	2024-12-31	2025-01-09	6	$ 510779	2962

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
7	2024-12-31	2025-01-20	7	$ 624371	26
8	2024-12-31	2025-01-20	8	$ 624371	26
9	2024-12-31	2025-01-09	9	$ 510779	2962
10	2025-01-01	2025-01-09	10	$ 510779	2962
11	2025-01-09	2025-01-20	11	$ 624371	26

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	FEBRERO	$ 1670280
2	MARZO	$ 1670280
3	ABRIL	$ 1670280
4	MAYO	$ 1670280
5	JUNIO	$ 1724160
6	JULIO	$ 1778040
7	AGOSTO	$ 1733140
8	SEPTIEMBRE	$ 1831920
9	OCTUBRE	$ 1742120
10	NOVIEMBRE	$ 1683230
11	DICIEMBRE	$ 1702830

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5010840	**$ 22282080**	**$ 18876560**	**$ 3405520**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1). Prestar servicios de perfil Técnico Profesional en Salud Oral acorde con la Lex Artis, según 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 demás normas concordantes.	--REALIZACION DE ACTIVIDAES DIARIAS DE ASISTENCIA AL PROFESIONAL ODONTOLOGO,LIMPIEZA Y DESINFECCION DE CONSULTORIOS, LAVADO Y EMPAQUE DE INSTRUMENTAL A CENTRAL DE ESTERILIZACION, ETC	--FORMATO DE LA SUBRED SUR QUE APLICA PARA ESTE PROCESO
2	2). Realizar actividades de información, educación, comunicación encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.	--ATENCION A USUARIOS QUE REQUIEREN DEL SERVICIO DE ODONTOLOGIA	--REGISTRO DE FORMATOS ENTREGADOS A LOS PACIENTES

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
3	3). Registrar en la historia clínica la informaciòn de la intervenciòn al paciente, plan de cuidados de salud oral, simultánea o inmediatamente después de su realizaciòn, con integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás 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,sustituya)	--REALIZACION DE ACTIVIDAES DIARIAS DE ASISTENCIA AL PROFESIONAL ODONTOLOGO,LIMPIEZA Y DESINFECCION DE CONSULTORIOS, LAVADO Y EMPAQUE DE INSTRUMENTAL A CENTRAL DE ESTERILIZACION, ETC	-FORMATO DE LA SUBRED SUR QUE APLICA PARA ESTE PROCESO
4	4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de salud oral y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	--APOYAR LA ATENCIÓN DE AUDITORIAS DE LENTES DE CONTROL, PRESENTANDO LA INFORMACIÓN Y / O SOPORTES REQUERIDA , QUE CORRESPONDAN AL OBJETIVO DEL CONTRATO	--REQUISITOS INSTITUCIONALES
5	5) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud.	--BRINDANDO A LOS PACIENTES INFORMACION PARA LA ATENCION DEL SERVICIO Y DIRECCIONANDO A LOS DEMAS SERVICIOS PARA UNA ATENCION INTEGRAL.	--REGISTRO DE FORMATOS ENTREGADOS A LOS PACIENTES
6	6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	--REALIZACION DE ACTIVIDAES DIARIAS DE ASISTENCIA AL PROFESIONAL ODONTOLOGO,LIMPIEZA Y DESINFECCION DE CONSULTORIOS, LAVADO Y EMPAQUE DE INSTRUMENTAL A CENTRAL DE ESTERILIZACION, ETC	-FORMATO DE LA SUBRED SUR QUE APLICA PARA ESTE PROCESO

© 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	$ 1702830
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	83316889	-		
2024	**DICIEMBRE**	**2025**	**01**	**13**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		**UN MILLON SETECIENTOS DOS MIL OCHOCIENTOS TREINTAPESOS**						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 866666.66666667	$ 138667	**$ 208000**
Salud		COMPENSAR		$ 108333	**$ 162500**
ARL	3	SURA		$ 21112	**$ 31700**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 251524**	**$ 402200**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	004870452648

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANA YUDIRIA TIMOTE	2025-01-27 20:17:05
ACEPTADO SUPERVISIÓN	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	2025-01-30 08:14:30
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-01-30 10:13:15

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.



GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA
DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS