

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

Señor(a): MARIA ISABEL BLANCO RIOS
No. Identificación: CC52938523
Dirección: TRASVERSAL 72 B N 44 F 18 SUR
Telefono: 3125593090
Correo: isabelblancorios1@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8389877339

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARIA ISABEL BLANCO RIOS
Tipo y número de identificación	CC52938523
Número de planilla	8389877339
Fecha pago	2025-10-14
Número de autorización pago	89877339
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2025
Periodo de Cotización Pensión	septiembre de 2025
Número de Administradoras	4
Total Pagado	471200
Total Intereses de Mora	2200

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	34900	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	228800	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	28700	1
EPS008	Compensar EPS	178800	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52938523
APELLIDOS Y NOMBRES: MARIA ISABEL BLANCO RIOS

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	1423500	1423500	1423500	1423500	178000	0	227800	0	34700	28500

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 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

Datos guardados

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐ CTO.1521.CTA COBRO ENERO SOPORTES ISABEL BLANCO.pdf	CTO.1521.CTA COBRO ENERO SOPORTES ISABEL BLANCO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CTO.1521.CTA COBRO FEBRERO SOPORTES ISABEL BLANCO..pdf	CTO.1521.CTA COBRO FEBRERO SOPORTES ISABEL BLANCO..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CTO.1521.CTA MARZO ISABEL BLANCO.pdf	CTO.1521.CTA MARZO ISABEL BLANCO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CTO.1521.CTA ABRIL SOPORTES PAGO ISABEL BLANCO.pdf	CTO.1521.CTA ABRIL SOPORTES PAGO ISABEL BLANCO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CTO.1521.CTA COBRO MAYO. ISABEL BLANCO SOPORTES.pdf	CTO.1521.CTA COBRO MAYO. ISABEL BLANCO SOPORTES.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CTO.1521.CTACOBRO JUNIO ISABEL BLANCO.pdf	CTO.1521.CTACOBRO JUNIO ISABEL BLANCO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CTO.1521.CTA COBRO. JULIO ISABEL BLANCO.pdf	CTO.1521.CTA COBRO. JULIO ISABEL BLANCO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CTO.1521.CTA COBRO. SEPTIEMBRE ISABEL BLANCO.pdf	CTO.1521.CTA COBRO. SEPTIEMBRE ISABEL BLANCO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CTO.1521.CTA. COBRO AGOSTO ISABEL BLANCO.pdf	CTO.1521.CTA. COBRO AGOSTO ISABEL BLANCO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CTO.1521 CTA COBRO SEPTIEMBRE ISABEL BLANCO.pdf	CTO.1521 CTA COBRO SEPTIEMBRE ISABEL BLANCO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

OCT 10 2025 18:06:36 RBMDES10.6

CORRESPONSAL
VARIEDADES ABBAKADABRA
TV 72A 44F 22 SUR

BANCO AV VILLAS

C. UNICO: 0053570479

TER: EF9ZZ126

MAESTRO

Cc

**6719

RECIBO: 000806

RRN: 001816

RECAUDO

APRO: 042789

SERVICIO: 0000001138

FACTURA: 0000000008389877339

**** PAGO FACTURA ****

TRANSACCION EXITOSA

RECAUDO \$ 471.200

*** CLIENTE ***

MAYOR INFORMACION EN LA LINEA

NACIONAL: 01 8000518000

OCT 10 2025 - 18:06:08

CORRESPONSAL
VARIEDADES ABBAKADABRA
TV 72A 44F 22 SUR
BANCO AV VILLAS

SERVICIO: 0000001138

FACTURA: 0000000008389877339

VALOR:

\$ 471.200

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.					
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS					

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2025-10-03	Hasta:	2025-10-31	
Nombre del Contratista:	MARIA ISABEL BLANCO RIOS		Número de Documento:	52938523	
Correo Electrónico:	isabelblancorios1@gmail.com		Número Telefónico:	3125593090	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	Código Grado:	- 242-25

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	7579-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	1678
Perfil:	TECNICO 1 PIC				
Dirección a la que Perteneces:	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	Procentaje(%) Centro de Costos
K26PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	16200	\$2980800	107.1%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2980800	DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
Fecha de Inicio del Contrato	2025-10-03	Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-11-30
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar	
1	OCTUBRE	\$ 2980800	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 5961600	\$ 5961600	\$ 2980800	\$ 2980800

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Diligenciar registro diario de vacunación con la información de dosis aplicadas y para el caso del registro de primera infancia registrar el antecedente vacunal según necesidad	-1.Registro diario de vacunación con la información de dosis aplicadas y para el caso del registro de primera infancia registrar el antecedente vacunal según necesidad-----	-- ---DOCUMENTO SIS
2	Realizar seguimiento, agendamiento a población sujeto del programa con registro en el Aplicativo PAI en el módulo de cohorte3. Realizar procedimiento de vacunación teniendo en cuenta los 10 correctos para el proceso de administración verificando antecedentes vacunales y evitando errores programáticos en el momento de la administración.	-. Realiza el procedimiento de vacunación teniendo en cuenta los 10 correctos para el proceso de administración verificando antecedentes vacunales y evitando errores programáticos en el momento de la administración. --	----SOPORTES DE PROGRAMACION, SIS, SEGUIMIENTO, VERIFICACIÓN APLICATIVOS PAI
3	Realizar acciones del programa PAI en los puntos de viajeros.	-NO APLICA ESTE MES	-NO APLICA ESTE MES
4	Realizar seguimiento a la planeación de actividades del Programa Ampliado de Inmunización.	-NO APLICA ÉSTE MES	-NO APLICA ESTE MES
5	Revisar y consolidar los informes de movimiento de medicamentos inmunobiológicos por IPS, localidad y Subred, verificando que la información sea coincidente con el informe mensual de dosis aplicadas validado por el equipo de sistemas de información.	-NO APLICA ESTE MES	-NO APLICA ESTE MES
6	Registrar en físico o digital, según programación, los controles de temperatura de los equipos de cadena de frío del centro de acopio.	-NO APLICA ÉSTE MES	-NO APLICA ESTE MES
7	Diligenciar y mantener actualizado el Kardex de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos del centro de acopio de la Subred	-7. mantener actualizado el Kardex de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos del centro de acopio de la Subred---	----- --Según programación y soportes de documentos
8	Realizar las entregas y traslados de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos a las IPS públicas y privadas, garantizando las condiciones técnicas y logísticas para la adecuada entrega de los mismos.	-NO APLICA ESTE MES	-NO APLICA ESTE MES
9	Asistir a las reuniones de fortalecimiento técnico PAI convocadas por la SDS.	-9. Según programación y soportes de documentos---	----- --LISTA DE ASISTENCIA-
10	Consolidar y hacer seguimiento al reporte de control de fechas de vencimiento de medicamentos inmunobiológicos por fabricación, ventana de uso y/o disponibilidad en el Programa Permanente y Covid-19 de la Subred.	-10. Se Consolida y se hace seguimiento al reporte de control de fechas de vencimiento de medicamentos inmunobiológicos por fabricación, ventana de uso y/o disponibilidad en el Programa Permanente y de la Subred.-----	- -DOCUMENTOS SOPORTES DE LAS ACTIVIDADES
11	Realizar la recepción técnica de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos, acorde a cronograma de distribución de la SDS	-NO APLICA ESTE MES	-NO APLICA ESTE MES

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
12	Realizar seguimiento a la operación de los vehículos para la entrega de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos.	-NO APLICA ESTE MES	-NO APLICA ESTE MES
13	Realizar el 100% de arqueos a la modalidad de extramural de la Subred y a las IPS que presenten diferencias en los arqueos reportados por el profesional intramural.	-NO APLICA ESTE MES	-NO APLICA ESTE MES
14	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-14. -Se realizan Actividades propias del perfil que fortalecen el desarrollo de las actividades misionales---	----- PROGRAMACIÓN DIGITAL DE ACTIVIDADES, LISTADOS DE ASISTENCIA

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL									
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios de Certificados el Mes Anterior		\$ 2732994
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	8389877339	-			
2025	SEPTIEMBRE	2025	10	14					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y DOS MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 1328600	\$ 212576	\$ 228800	
Salud					COMPENSAR		\$ 166075	\$ 178800	
ARL				3	SURA		\$ 32365	\$ 34900	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 385586	\$ 442500	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	22950949892		
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					MARIA ISABEL BLANCO RIOS		2025-10-24 00:01:33		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA		2025-10-25 14:15:18		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2025-10-27 15:53:18		
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 12:41:30		

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 Montilla

YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD