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

Señor(a): KAREN JULIETH PINEDA SILVA
No. Identificación: CC1030625376
Dirección: KR 100 #65-46 SUR
Telefono: 0000000
Correo: pinedakaren05@outlook.es
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8390381263

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	KAREN JULIETH PINEDA SILVA	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC1030625376	**Periodo de Cotización Salud**	septiembre de 2025
Número de planilla	8390381263	**Periodo de Cotización Pensión**	septiembre de 2025
Fecha pago	2025-10-10	**Número de Administradoras**	4
Número de autorización pago	90381263	**Total Pagado**	469000
Banco	1052	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA
8390381263

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	34700	1
231001	Colfondos	227800	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	28500	1
EPS005	Sanitas EPS	178000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1030625376
APELLIDOS Y NOMBRES: KAREN JULIETH PINEDA SILVA

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
EPS005	231001	1423500	1423500	1423500	1423500	178000	0	227800	0	34700	28500

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		
	Cuenta Dic Cto 6851.pdf (Archivado)	Cuenta Dic Cto 6851.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Enero Cto 1496.pdf	Cuenta Enero Cto 1496.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Febrero Cto 1496.pdf	Cuenta Febrero Cto 1496.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Marzo Cto 1496.pdf	Cuenta Marzo Cto 1496.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Abril Cto 1496.pdf	Cuenta Abril Cto 1496.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Mayo Cto 1496.pdf	Cuenta Mayo Cto 1496.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Junio Cto 1496.pdf	Cuenta Junio Cto 1496.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Julio Cto 1496.pdf	Cuenta Julio Cto 1496.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Agosto Cto 1496.pdf	Cuenta Agosto Cto 1496.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Septiembre Cto 1496.pdf	Cuenta Septiembre Cto 1496.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >



No. de autorización

52523897

Valor	$ 469.000
Aportante	Karen Pineda Silva CC 1030625376
Planilla	Planilla Asistida Compensar No. 8390381263
Desde	Ahorros No. **** 5230
IP	186.102.43.183
Identificador dispositivo	cec875ae5b756f61

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:**	2025-10-02	**Hasta:**	2025-10-31	
Nombre del Contratista:	KAREN JULIETH PINEDA SILVA		**Número de Documento:**	1030625376	
Correo Electrónico:	pinedakaren05@outlook.es		**Número Telefónico:**	3004951986	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7561-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	1678
Perfil:	TECNICO 1 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
K26PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	16200	$2980800	103.4%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2980800**	**DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-10-02	**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	-No Aplica para el mes actual	-No Aplica para el mes actual
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.	-Realizar verificación de actividades del Programa Ampliado de Inmunizaciones correspondiente a los esquemas para menores de 6 años, gestantes, niños y niñas de 9 a 17 años con dosis de VPH.	-Registro del insumo en aplicativo PAI WEB, PAI DISTRITAL, base o drive según corresponda.
3	Realizar acciones del programa PAI en los puntos de viajeros.	-No Aplica para el mes actual	-No Aplica para el mes actual
4	Realizar seguimiento a la planeación de actividades del Programa Ampliado de Inmunización.	-Se realiza seguimiento diario a la cohorte y entrega de las fichas al equipo en terreno por asignación correspondiente al día	.-Se realiza la entrega de las fichas de acuerdo a la asignación diaria.
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 para el mes actual	-No Aplica para el mes actual
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 para el mes actual	-No Aplica para el mes actual
7	Diligenciar y mantener actualizado el Kardex de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos del centro de acopio de la Subred	-No Aplica para el mes actual	-No Aplica para el mes actual
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 para el mes actual	-No Aplica para el mes actual
9	Asistir a las reuniones de fortalecimiento técnico PAI convocadas por la SDS.	-Realiza asistencia a comité extramural de manera mensual.	-Realiza firma de listado de asistencia y ejecución del tes-postes durante la reunión.
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.	-No Aplica para el mes actual	-No Aplica para el mes actual
11	Realizar la recepción técnica de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos, acorde a cronograma de distribución de la SDS	-No Aplica para el mes actual	-No Aplica para el mes actual

© Siasur - 2025

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 para el mes actual	-No Aplica para el mes actual
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 para el mes actual	-No Aplica para el mes actual
14	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-Se realiza articulación por medio de la linea corporativa con demás entornos y localidades para el cumplimiento del objetivo del programa.	-Se realiza articulación por medio de la linea corporativa con demás entornos y localidades para el cumplimiento del objetivo del programa.

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	8390381263	-		$ 2539752
2025	SEPTIEMBRE	2025	10	10				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y DOSPESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	COLFONDOS	$ 1376050	$ 220168	**$ 227800**
Salud		SÁNITAS		$ 172006	**$ 178000**
ARL	3	SURA		$ 33521	**$ 34700**
Caja de Compensación	SI	COMPENSAR	**Total**	**$ 399357**	**$ 440500**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO AV VILLAS	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	443765230

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	KAREN JULIETH PINEDA SILVA	2025-10-22 13:52:27
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	KAREN JULIETH PINEDA SILVA	2025-10-23 07:51:57
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-10-25 12:27:05
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-10-27 16:20:19
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 12:43:01

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