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

**Señor(a):** LUZ AMANDA BAQUERO CESPEDES
**No. Identificación:** CC51902645
**Dirección:** DG77 N120 01
**Telefono:** 3103077971
**Correo:** baqueroluz94@gmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 8389954170

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | LUZ AMANDA BAQUERO CESPEDES |
| **Tipo y número de identificación** | CC51902645 |
| **Número de planilla** | 8389954170 |
| **Fecha pago** | 2025-10-14 |
| **Número de autorización pago** | 29452923 |
| **Banco** | 1023 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | septiembre de 2025 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | septiembre de 2025 |
| **Número de Administradoras** | 3 |
| **Total Pagado** | 441700 |
| **Total Intereses de Mora** | 1200 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 34800 | 1 |
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 228400 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 178500 | 1 |

8389954170

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 51902645
APELLIDOS Y NOMBRES: LUZ AMANDA BAQUERO CESPEDES

| 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 | 0 | 178000 | 0 | 227800 | 0 | 34700 | 0 |

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | CTO.1511.CTA COBRO ENERO AMANDA BAQUERO.pdf | CTO.1511.CTA COBRO ENERO AMANDA BAQUERO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO.1511. CTA COBRO FEBRERO.pdf | CTO.1511. CTA COBRO FEBRERO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO.1511.CTA MARZO AMANDA BAQUERO.pdf | CTO.1511.CTA MARZO AMANDA BAQUERO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO.1511 CTA COBRO ABRIL AMANDA BAQUERO.pdf | CTO.1511 CTA COBRO ABRIL AMANDA BAQUERO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO.1511.CTA.COBRO SOPORTE MAYO AMANDA BAQUERO.pdf | CTO.1511.CTA.COBRO SOPORTE MAYO AMANDA BAQUERO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO.1511.CTA JUNIO AMANDA BAQUERO.pdf | CTO.1511.CTA JUNIO AMANDA BAQUERO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO.1511.CTA JULIO AMANDA BAQUERO.pdf | CTO.1511.CTA JULIO AMANDA BAQUERO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO1511.CTA AGOSTO AMANDA BAQUERO.pdf | CTO1511.CTA AGOSTO AMANDA BAQUERO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO.1511 CTA COBRO SEPTIEMBRE AMANDA BAQUERO.pdf | CTO.1511 CTA COBRO SEPTIEMBRE AMANDA BAQUERO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

OCT 11 2025 12:31:14 REMICT10.6

CORRESPONSAL
PAPELERIA Y VARIEDADES
CR 31 38-178

BANCO DE BOGOTA

C.UNICO: 0017742826
V.ELECTRON
**5955
RECAUDO

RECIBO: 004703

TER: GZBZZ557
Cc
RRN: 008803
APRO: 763569

SERVICIO: 0000001138
FACTURA: 00000000838995417O

** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA

RECAUDO $ 441.700

*** CLIENTE ***
MAYOR INFORMACION EN LA LINEA
NACIONAL: 01 8000518877

Powered by CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| 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:** | LUZ AMANDA BAQUERO CESPEDES | | **Número de Documento:** | 51902645 | |
| **Correo Electrónico:** | lucar2515@hotmail.com | | **Número Telefónico:** | 3103077971 | |
| **Nombre del Supervisor:** | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD | **Código - Grado:** | 242-25 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 7582-2025 | **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 | -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. | -----SOORTES DE PROGRAMACION, SIS, SEGUIMIENTO, VERIFICACIÓN APLICATIVOS PAI |
| 3 | Realizar acciones del programa PAI en los puntos de viajeros. | -NO APLICA PARA ÉSTE MES | -NO APLICA PARA ÉSTE MES |
| 4 | Realizar seguimiento a la planeación de actividades del Programa Ampliado de Inmunización. | -NO APLICA PARA ÉSTE MES | -NO APLICA PARA ÉSTE 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 PARA ÉSTE MES | -NO APLICA PARA ÉSTE 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 PAR A ÉSTE MES | -NO APLICA PARA ÉSTE MES |
| 7 | Diligenciar y mantener actualizado el Kardex de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos del centro de acopio de la Subred | -. 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 PARA ÉSTSE MES | -NO APLICA PARA ÉSTE MES |
| 9 | Asistir a las reuniones de fortalecimiento técnico PAI convocadas por la SDS. | -. 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. | -. 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 PARA ÉSTE MES | -NO APLICA PARA ÉSTE MES |


***© 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 ESTE MES | -NO APLICA PARA 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 PARA ESTE MES | -NO APLICA PARA ESTE MES |
| 14 | Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales | -realizan Actividades propias del perfil que fortalecen el desarrollo de las actividades misionales------- | ----- PROGRAMACIÓN DIGITAL DE ACTIVIDADES, LISTADOS DE ASISTENCIA |


***© 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 | $ 2788206 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **AÑO** | **MES** | **AÑO** | **MES** | **DÍA** | 8389954170 | - | | |
| **2025** | **SEPTIEMBRE** | **2025** | **10** | **14** | | | | |
| **Valor honorarios certificados el mes anterior en letras** | | | | | **DOS MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS SEISPESOS** | | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | $ 1376050 | $ 220168 | **$ 228400** |
| Salud | | COMPENSAR | | $ 172006 | **$ 178500** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 33521 | **$ 34800** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 399357** | **$ 441700** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 002170079285 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | LUZ AMANDA BAQUERO CESPEDES | 2025-10-23 23:47:10 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | 2025-10-25 14:19:43 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO | 2025-10-27 15:40:05 |
| 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 12:41:03 |

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**