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:**	2026-07-02	**Hasta:**	2026-07-31	
Nombre del Contratista:	EMMA FLOREZ TORO		**Número de Documento:**	52245432	
Correo Electrónico:	valepnieto@gmail.com		**Número Telefónico:**	3212151654	
Nombre del Supervisor:	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	**Cargo:**	DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5178-2026	**Año Contrato:**	2026	**CDP Contrato Inicial:**	1405
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
Unidad de Servicios:	USS TUNAL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
V07TN403	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS TUNAL	180	0	13900	$2502000	100.1%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2502000**	**DOS MILLONES QUINIENTOS DOS MIL PESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2026-07-02	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2026-08-31
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	JULIO	$ 2502000	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5087400	**$ 5087400**	**$ 2502000**	**$ 2585400**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA

© Siasur - 2026

1	1.Prestar el servicio de atención inicial en primeros auxilios, aplicando técnicas básicas y protocolos de atención prehospitalaria vigentes, a los usuarios que presenten alteraciones en su estado de salud en los puntos asignados dentro del contrato interadministrativo.	-Durante el mes de julio de 2026, se realiza atención a 18 pacientes en el área de primeros auxilios del portal suba.	-Registros de atención de pacientes
2	2.Diligenciar los registros asistenciales y documentación derivada de cada atención, de manera completa, clara y conforme a los criterios técnicos, normativos y de calidad aplicables, dejando los soportes correspondientes.	-Durante el mes de julio de 2026,se diligencian 18 registros de atención de forma oportuna y bajo criterios de calidad.	-Registro de atención de pacientes
3	3.Desarrollar las actividades de primeros auxilios en los nueve (9) portales del sistema articulado y en la sede administrativa, de acuerdo con el alcance del contrato y los lineamientos técnicos definidos para la operación del servicio.	-La atención de los pacientes se realiza de forma humanitaria segura y siguiendo los protocolos definidos dando un trato digno, diferencial y brindando bienestar al paciente.	-Registro de atención de pacientes.
4	4.Aplicar los protocolos de bioseguridad y las normas higiénico-sanitarias vigentes, garantizando condiciones seguras durante la prestación del servicio.	-Durante la atención de los diferentes pacientes se cumple con las condiciones de bioseguridad y se realiza limpieza y desinfección rutinaria o terminal dependiendo el caso en el área de primeros auxilios del portal suba	-Formatos de limpieza y desinfección
5	5.Realizar la adecuada segregación, alistamiento y disposición inicial de residuos biosanitarios generados durante la atención, conforme a la normatividad ambiental y sanitaria aplicable.	-Se realiza disposición de los residuos biosanitarios de forma segura, realizando la debida marcación y alistamiento de los mismos.	-Registro de entrega de residuos biosanitarios a la empresa encargada.
6	6.Utilizar de manera adecuada los equipos biomédicos e insumos suministrados para la ejecución del contrato, informando por escrito las novedades que se presenten respecto a su estado, funcionamiento o requerimientos de mantenimiento.	-Durante el recibo y entrega de turno, Se realiza verificación del estado físico y funcionalidad de los diferentes equipos biomédicos y elementos que se encuentran en el área de primeros auxilios del portal suba	-Verificación diaria
7	7.Efectuar verificación quincenal del estado de insumos y botiquines, incluyendo fechas de vencimiento, condiciones de almacenamiento, semaforización, y registro de temperatura y humedad relativa cuando aplique, dejando evidencia documental.	Durante el mes de julio de 2026, se realiza inventarios de insumos verificando fechas de vencimiento, realizando la debida semaforización de los mismos. Se realiza registro diario de temperatura y humedad.	-Formato de inventarios y formato de registro de temperatura y humedad
8	8.Atender los requerimientos técnicos que se formulen en el marco de la supervisión contractual, y activar los protocolos correspondientes, incluida la articulación con la Línea de Emergencias 123 cuando las condiciones clínicas del usuario lo exijan.	-Durante el mes de julio de 2026, se realiza activación de la línea 123 en 18 ocasiones por requerir apoyo y traslado de pacientes.	-Registro de atención de pacientes dejando evidencia de número de incidente y nombre de médico regulador.
9	9.Ejecutar las demás actividades técnicas propias de su perfil, que guarden relación directa con el objeto contractual y con la prestación del servicio de primeros auxilios en el marco del contrato interadministrativo	-Durante el mes de julio de 2026, Se asiste a reuniones u orientaciones convocadas por la subred integrada de servicios de salud sur y se realiza cargue de registros de atención del mes de julio de 2026 en la plataforma tecnológica de la secretaría distrital de salud.	-Listado de asistencia de las diferentes reuniones y orientaciones convocadas información del SIDCRUE reposa en la plataforma y es custodia de la secretaría distrital de salud.

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	$ 2585400
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	83929171120	-		
2026	JUNIO	2026	07	14				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		DOS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS PESOS						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1692541.5	$ 270807	**$ 281500**
Salud		COMPENSAR EPS		$ 211568	**$ 219900**
ARL	3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		$ 41230	**$ 42900**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 491210**	**$ 544300**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	451800214400

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	EMMA FLORES TORO	2026-07-30 16:36:11
ACEPTADO SUPERVISIÓN	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	2026-07-31 12:21:28
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA	2026-08-02 00:50:02
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	2026-08-13 11:35:41

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.



NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA
DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS

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

Señor(a): EMMA FLORES TORO
No. Identificación: CC52245432
Dirección: CALLE 141 # 118 67
Telefono: 3212151654
Correo: valepnieto@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8392917112

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	EMMA FLORES TORO	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC52245432	**Periodo de Cotización Salud**	junio de 2026
Número de planilla	8392917112	**Periodo de Cotización Pensión**	junio de 2026
Fecha pago	2026-07-14	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	58178392	**Total Pagado**	544300
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	2500

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	42900	1
230301	Porvenir	281500	1
EPS008	Compensar EPS	219900	1

8392917112

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52245432
APELLIDOS Y NOMBRES: EMMA FLORES TORO

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	230301	1750905	1750905	1750905	0	218900	0	280200	0	42700	0

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
FLORES	TORO	EMMA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52245432	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 26 MES DIC AÑO 1972

PAÍS Colombia

DEPTO Sucre

CIUDAD San Onofre

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

KR 99 156 D 03

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3212151654

EMAIL valepnieto@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o A 6o DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o A 11o DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BASICA											TITULO BACHILLER MENCION CIENCIAS
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°. X	MES MARZO AÑO 2005

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
AUXILIAR ENENFERMERIA	CORPORACION TECNICA EMPRESARIAL PARA	2020	1800

Firma electrónica validador: null

Documento electrónico: null
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Powered by CamScanner

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	EMMA FLORES TORO
Identificación:	52245432
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	valepnieto@gmail.com
Tipo declaración:	Para actualizar durante el ejercicio del cargo
Fecha Declaración:	23/07/2026 21:56:54

El/la servidor/a público/a o colaborador/a, se compromete desde ya, a informar a la Administración Distrital, de los eventos o situaciones potenciales o reales que puedan llegar a ser constitutivas de conflicto de intereses, así como de actualizar esta declaración en el momento en que se presente alguna de las tipologías que dé lugar a la configuración de un conflicto de interés.

Lo anterior, en aras de resguardar el interés general propio de la función pública y que este no entré en conflicto con el interés particular, de acuerdo a lo contemplado en la Leyes: 2016 de 2020 - Código de Integridad del Servicio Público Colombiano, adoptado para el Distrito Capital mediante el Decreto Distrital 118 de 2018; 1952 de 2019, modificada por la Ley 2094 de 2021 - Código General Disciplinario; 1437 de 2011 - Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y 190 de 1995 - Estatuto Anticorrupción anterior a la Ley 1474 de 2011.

Para efectos del diligenciamiento: Para actualizar durante el ejercicio del cargo

Para el efecto manifiesto bajo la gravedad del juramento:

Documento electrónico: f01104139f48d81d969e0e693f9e63f87cff947f8661fb6824e770b468a761d4

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Última Actualización: 23-jul-2026

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, EMMA FLORES TORO

IDENTIFICADO CON **C.C.** ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 52245432 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección KR 99 156 D 03 **Teléfonos** 3212151654 3212151654

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ◯ PARA RETIRARME ◯ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ◯

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 40.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 40.000.000,00

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco Davivienda	Cuenta de ahorros	451800214400	PLAZA IMPERIAL	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		$ 0,00

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
		$ 0,00

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 23-jul-2026

1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: **SI** ◯ **NO** ⓧ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO C.C ◯ C.E ◯ T.I. ◯	NÚMERO DOCUMENTO

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Firma electrónica:
EMMA FLORES TORO 23/07/2026 21:56:01

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 23-jul-2026

CIUDAD Y FECHA

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) EMMA FLORES TORO identificado(a) con Cedula Ciudadania 52245432, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestaci??n según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20230621	0

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 24 días del mes de Julio de 2.026

Observaciones:

Con destino a:
A QUIEN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: AppSalud CER-AFI 33001175

Vigilado Supersalud
Vigilado Supersubsidio

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

EMMA FLORES TORO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **52.245.432**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Julio del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

Medellín, 23 de julio de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que EMMA FLORES TORO identificado(a) con C52245432 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C522454322620451691

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.18

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? 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		
☐	JULIO 2026 CONTRATO 578-2026_.pdf	JULIO 2026 CONTRATO 578-2026_.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Powered by CamScanner

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

Señor(a): EMMA FLORES TORO
No. Identificación: CC52245432
Dirección: CALLE 141 # 118 67
Telefono: 3212151654
Correo: valepnieto@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8393780028

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	EMMA FLORES TORO	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC52245432	**Periodo de Cotización Salud**	julio de 2026
Número de planilla	8393780028	**Periodo de Cotización Pensión**	julio de 2026
Fecha pago	2026-08-14	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	37778052	**Total Pagado**	543100
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	1300

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	42800	1
230301	Porvenir	280900	1
EPS008	Compensar EPS	219400	1

8393780028

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52245432
APELLIDOS Y NOMBRES: EMMA FLORES TORO

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	230301	1750905	1750905	1750905	0	218900	0	280200	0	42700	0

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