aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53130298		JIMENEZ RESTREPO DIANA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 6 B EST 90 47	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3057962764	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1165269526	9479781068	I	2025/01/24	2025/01/02	BANCO CAJA SOCIAL	0	$402,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC 53130298	JIMENEZ DIANA	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPSC34	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53130298		JIMENEZ RESTREPO DIANA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 6 B EST 90 47	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3057962764	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1165269526	9479781068	I	2025/01/24	2025/01/02	BANCO CAJA SOCIAL	0	$402,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$31,700	$0	$0	$31,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$402,200	$0	$0	$402,200

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 Contr...
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		
	ARL POSITIVA 53130298 CT 6190-2024.pdf	ARL POSITIVA 53130298 CT 6190-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	rptCarneVacunacionAdultos (1).pdf	rptCarneVacunacionAdultos (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CTO 6190-2024 AGOSTO DANUBIO DIANA JIMENEZ.	CTO 6190-2024 AGOSTO DANUBIO DIANA JIMENEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	documentos carta compromiso.pdf	documentos carta compromiso.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CTO 6190-2024 SEPTIEMBRE DANUBIO DIANA JIMENEZ.	CTO 6190-2024 SEPTIEMBRE DANUBIO DIANA JIMENEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CTO 6190-2024 OCTUBRE DANUBIO DIANA JIMENEZ.	CTO 6190-2024 OCTUBRE DANUBIO DIANA JIMENEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CTO 6190-2024 NOVIEMBRE DANUBIO DIANA JIMENEZ.	CTO 6190-2024 NOVIEMBRE DANUBIO DIANA JIMENEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CTO 6190-2024 DICIEMBRE DANUBIO DIANA JIMENEZ.pdf	CTO 6190-2024 DICIEMBRE DANUBIO DIANA JIMENEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CTO 6190-2024 ENERO REFORMA DIANA JIMENEZ.pdf (Archivado)	CTO 6190-2024 ENERO REFORMA DIANA JIMENEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CTO 6190 ENERO REFORMA DIANA JIMENEZ.pdf	CTO 6190 ENERO REFORMA DIANA JIMENEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

DIANA MARCELA JIMENEZ RESTREPO Identificado con CC 53130298

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina SANTA LIBRADA, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24085445181
Fecha de apertura:	14 de Junio de 2018
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Martes, 10 de Diciembre de 2024.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

capitalsalud
eps-s

EL PROGRAMA DE CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S
NIT 900.298.372-9

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) DIANA MARCELA JIMENEZ RESTREPO identificado(a) con Cedula Ciudadania 53130298, se encuentra Vigente en proceso de movilidad en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS CAPITAL SALUD EPS-S como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20240729	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
KAROL SAMANTHA BELTRAN JIMENEZ	HI	1022369098	TI	20240729	No Registrada	Vigente en proceso de movilidad
ANDRES ESTEBAN BELTRAN JIMENEZ	HI	1022956821	TI	20240729	No Registrada	Vigente en proceso de movilidad

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 28 días del mes de Agosto de 2.024

Observaciones:

Con destino a:
USUARIO

Información sujeta a verificación por parte de CAPITAL SALUD EPS-S, cualquier aclaración con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención Servicios de Salud (601)7427257. Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
CAPITAL SALUD EPS-S.

Elaboró: DIANA MARCELA VANEGAS

capitalsalud eps-s
AUTORIZACIONES
PAU SANTA LIBRADA

CER-AFI

VIGILADO Supersalud

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **DIANA MARCELA JIMENEZ RESTREPO** identificado con **CC** No. **53130298**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE - NI. 900958564	**Fecha de inicio de cobertura:** 26/07/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 26/07/2024 **Fecha fin de Contrato:** 28/02/2026 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE 723 **Clase de Riesgo:** 3

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401022317528.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 11 días del mes de diciembre de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

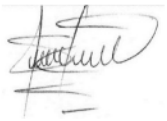
Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit: 860.011.153-6 · **Línea gratuita nacional:** 01-8000-111-170 **Teléfono:** (601) 330-7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo Rincón · defensordelcliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DIANA MARCELA JIMENEZ RESTREPO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **53130298,** se encuentra afiliado/a desde **01/10/2013** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 11 de diciembre de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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:**	2025-01-21	**Hasta:**	2025-01-31	
Nombre del Contratista:	DIANA MARCELA JIMENEZ RESTREPO		**Número de Documento:**	53130298	
Correo Electrónico:	dimajireb@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3057962764	
Nombre del Supervisor:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	**Cargo:**	DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS	**Código - Grado:**	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3394-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	26
Perfil:	TECNICO PROFESIONAL EN SALUD ORAL				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
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
E01UG	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS LA REFORMA	91	0	10034	$913094	146.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 913094**	**NOVECIENTOS TRECE MIL NOVENTA Y CUATROPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-01-21	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-09-20
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	ENERO	$ 913094	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 14930592	**$ 14930592**	**$ 913094**	**$ 14017498**

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

© Siasur - 2025

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 Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	-REALIZACION DE ACTIVIDADES DIARIAS DE ASISTENCIA AL PROFESIONAL ODONTOLOGO, LIMPIEZA Y DESINFECCION DE CONSULTORIOS LAVADO Y EMPAQUE DE INSTRUMENTAL A CENTRAL DE ESTERILIZACION	-FORMATO DE LA SUBRED SUR QUE APLICA PARA ESTE PROCESO
2	Realizar el plan de tratamiento de promoción y prevención al paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio bajo los principios del modelo de atención institucional	-ATENCIÓN A USUARIOS QUE REQUIERAN SERVICIOS DE ODONTOLOGIA	-REGISTRO DE FORMATOS ENTREGADOS A LOS PACIENTES
3	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.	-ATENCIÓN A USUARIOS QUE REQUIERAN SERVICIOS DE ODONTOLOGIA	-REGISTRO DE FORMATOS ENTREGADOS A LOS PACIENTES
4	Registrar en la historia clínica la información de la intervención al paciente, plan de cuidados de salud oral, simultánea o inmediatamente después de su realización, con integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique, sustituya).	-DILIGENCIAMIENTO DEL ODONTOGRAMA QUE REQUIERE EL PROFESIONAL	-HISTORIA CLINICA
5	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.	-N / A	-N / A
6	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 (Generación de informes solicitados confiables, oportunos, remisión listas chequeo seguras, consentimientos informados, causas de inatención e inasistencias, sisveso, entre otros.	-BRINDANDO A LOS PACIENTES INFORMACIÓN PARA LA ATENCIÓN DEL SERVICIO Y DIRECCIONAMIENTO A LOS DEMÁS SERVICIOS PARA UNA ATENCIÓN INTEGRAL	-REGISTRO DE FORMATOS ENTREGADOS A LOS PACIENTES
7	Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	-ATENCIÓN A USUARIOS QUE REQUIERAN SERVICIOS DE ODONTOLOGIA	-REGISTRO DE FORMATOS ENTREGADOS A LOS PACIENTES
8	Cumplir con los procesos de bioseguridad en salud oral acorde a la documentación institucional.	-REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DIARIAS DE ASISTENCIA AL PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA, LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE CONSULTORIOS LAVADO Y EMPAQUE DE INSTRUMENTAL A CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	--FORMATO DE LA SUBRED SUR QUE APLICA PARA ESTE PROCESO

© Siasur - 2025

9	Realizar gestión de agendas del servicio de odontología. 10). Participación activa en procesos de habilitación, acreditación, certificación IAMII, ULC con diligenciamiento listas asistencia, pre y postest de apropiación de conocimiento.	-llamadas a pacientes para confirmar citas, revisión periódica de los aplicativos, asistir a capacitaciones y socializar con equipo de trabajo	--FORMATO DE LA SUBRED SUR QUE APLICA PARA CADA PROCESO
10	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	--REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DIARIAS DE ASISTENCIA AL PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA, LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE CONSULTORIOS LAVADO Y EMPAQUE DE INSTRUMENTAL A CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	-FORMATO DE LA SUBRED SUR QUE APLICA PARA ESTE PROCESO

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	24085445181

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	**USUARIO**	**FECHA**
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	DIANA MARCELA JIMENEZ RESTREPO	2025-02-04 16:37:11
ACEPTADO SUPERVISIÓN	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	2025-02-04 19:14:21
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-02-05 15:31:03
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	2025-02-18 15:48:50

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