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
2025-11	2025-11	1999036745	9495871656	I	2025/12/23	2025/12/11	BANCO CAJA SOCIAL	0	$440,500

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)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC 53130298	JIMENEZ DIANA	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPSC34	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$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
2025-11	2025-11	1999036745	9495871656	I	2025/12/23	2025/12/11	BANCO CAJA SOCIAL	0	$440,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$34,700	$0	$0	$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$440,500	$0	$0	$440,500

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

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 3394 ENERO REFORMA DIANA JIMENEZ.pdf	CTO 3394 FEBRERO REFORMA DIANA JIMENEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 3394 FEBRERO2025 REFORMA DIANA JIMENEZ.pdf	CTO 3394 FEBRERO2025 REFORMA DIANA JIMENEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 3394 MARZO REFORMA DIANA JIMENEZ .pdf	CTO 3394 MARZO REFORMA DIANA JIMENEZ .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 3394 ABRIL REFORMA DIANA JIMENEZ.pdf	CTO 3394 ABRIL REFORMA DIANA JIMENEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 3394 MAYO REFORMA DIANA JIMENEZ.pdf	CTO 3394 MAYO REFORMA DIANA JIMENEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CTO 3394 JUNIO REFORMA DIANA JIMENEZ.pdf (Archivado)	CTO 3394 JUNIO REFORMA DIANA JIMENEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 3394 JUNIO ACTUALIZADO REFORMA DIANA JIMENEZ.pdf	CTO 3394 JUNIO ACTUALIZADO REFORMA DIANA JIMENEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 3394 JULIO REFORMA DIANA JIMENEZ.pdf	CTO 3394 JULIO REFORMA DIANA JIMENEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 3394 AGOSTO REFORMA DIANA JIMENEZ.pdf	CTO 3394 AGOSTO REFORMA DIANA JIMENEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CTO 3394 SEPTIEMBRE REFORMA DIANA JIMENEZ.pdf (Archivado)	CTO 3394 SEPTIEMBRE REFORMA DIANA JIMENEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 3394 SEPTIEMBRE REFORMA DIANA JIMENEZ.pdf	CTO 3394 SEPTIEMBRE REFORMA DIANA JIMENEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 3394 OCTUBRE REFORMA DIANA JIMENEZ.pdf	CTO 3394 OCTUBRE REFORMA DIANA JIMENEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	ilovepdf_merged (8).pdf (Archivado)	ilovepdf_merged (8).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 3394 NOVIEMBREREFORMA DIANA JIMENEZ.pdf	CTO 3394 NOVIEMBREREFORMA DIANA JIMENEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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:**	2025-12-01	**Hasta:**	2025-12-31	
Nombre del Contratista:	DIANA MARCELA JIMENEZ RESTREPO		**Número de Documento:**	53130298	
Correo Electrónico:	dimajireb@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3057962764	
Nombre del Supervisor:	SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ	**Cargo:**	ODONTOLOGO CÓDIGO 242 - GRADO 27	**Código - Grado:**	242-27

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
E01ULN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	CENTRO DE SALUD DANUBIO AZUL - NUEVO	18	0	10577	$190386	10.2%
E01TNCP	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	CAPS TUNAL	9	0	10577	$95193	5.1%
E01UG	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS LA REFORMA	159	0	10577	$1681743	90.1%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1967322**	**UN MILLON NOVECIENTOS SESENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS VEINTIDOSPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2025-01-21		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-09-20
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2025-08-11	2025-10-31	1	$ 3661441	1314

© Siasur - 2026

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
2	2025-10-20	2025-11-30	2	$ 1967322	1767
3	2025-11-14	2026-01-16	3	$ 2381587	1890

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	ENERO	$ 913094
2	FEBRERO	$ 1866324
3	MARZO	$ 1967322
4	ABRIL	$ 1967322
5	MAYO	$ 1967322
6	JUNIO	$ 1967322
7	JULIO	$ 2041361
8	AGOSTO	$ 1967322
9	SEPTIEMBRE	$ 1967322
10	OCTUBRE	$ 1967322
11	NOVIEMBRE	$ 1967322
12	DICIEMBRE	$ 1967322

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**VALOR TOTAL DEL CONTRATO**	**PAGOS REALIZADOS**	**SALDO DEL CONTRATO**
$ 14930592	**$ 22940942**	**$ 22526677**	**$ 414265**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		**ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN**	**PRODUCTO O EVIDENCIA**
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.	-REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DIARIAS ASISTIENDO PUNTUALMENTE AL PROFESIONAL EN ODONTOLOGÍA, LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE CONSULTORIOS LAVADO CUMPLIENDO CON PROTOCOLOS Y EMPAQUE DE INSTRUMENTAL A CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN PROCESO	FORMATO DE LA SUBRED SUR QUE APLICA PARA ESTE
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 ODONTOLOGÍA -REGISTRO DE FORMATOS ENTREGADOS A LOS PACIENTES	--REGISTRO DE FORMATOS ENTREGADOS A LOS PACIENTES

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	-SOCIALIZACION A USUARIOS QUE ASISTEN AL SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA	--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).	-CAPTURAR LA INFORMACION DE LOS PACIENTES SEGUN LAS INDICACIONES RECIBIDAS	--HISTORIA CLÍNICA
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.	--ADHERENCIA A PROCESOS Y GUIAS SOCIALIZADAS	--FORMATOS USADOS PARA CADA PROCESO
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	--BRINDANDO A LOS PACIENTES INFORMACIÓN PARA LA ATENCIÓN DEL SERVICIO Y DIRECCIONAMIENTO A LOS DEMÁS SERVICIOS PARA UNA ATENCIÓN INTEGRAL
7	Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	--ATENDER A USUARIOS QUE REQUIERAN EL APOYO DE CONSULTORIO DINAMIZADOR	--REGISTRO DE FORMATOS ENTREGADOS A LOS PACIENTES
8	Cumplir con los procesos de bioseguridad en salud oral acorde a la documentación institucional.	-SEGUIR CON LAS GUIAS PROTOCOLOS Y RECOMENDACIONES QUE SE MANEJAN EN LA SUB RED SUR SEGUN INDICACIONES -FORMATO DE LA SUBRED SUR QUE APLICA PARA ESTE PROCESO	--FORMATO DE LA SUBRED SUR QUE APLICA PARA ESTE PROCESO
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.	--asignación de citas odontología y especializaciones cuando sea pertinente, revisión periódica de los aplicativos, asistir a capacitaciones y socializar con equipo de trabajo	--FORMATO Y APLICATIVO DE LA SUBRED SUR QUE APLICA PARA CADA PROCESO
10	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	--LAS SOLICITADAS PARA QUE LA ATENCION A LOS USUARIOS Y SUS FAMILIAS SEA CON CALIDAD	--LA OPORTUNA PRESTACION DEL SERVICIO CUANDO SEA REQUERIDO

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**				
2026	**NOVIEMBRE**	**2025**	**12**	**11**	9495871656	-		$ 1967322
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**UN MILLON NOVECIENTOS SESENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS VEINTIDOSPESOS**			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1750905	$ 280145	**$ 227800**
Salud		CAPITAL SALUD		$ 218863	**$ 178000**
ARL	3	POSITIVA		$ 42652	**$ 34700**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 508148**	**$ 440500**

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	2025-12-15 16:44:54
ACEPTADO SUPERVISIÓN	SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ	2025-12-15 17:46:46
ACEPTADO CONTRATACIÓN	LUISA FERNANDA CORTERS SALGADO	2025-12-16 15:22:24
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	2026-01-08 16:09:50

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.



© Siasur - 2026