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:**	2026-07-01	**Hasta:**	2026-07-31	
Nombre del Contratista:	DIANA MARCELA JIMENEZ RESTREPO		**Número de Documento:**	53130298	
Correo Electrónico:	dimajireb@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3057962764	
Nombre del Supervisor:	MARIA MARCELA MEZA FLOREZ	**Cargo:**	DIRECTOR TECNICO SERVICIOS AMBULATORIOS	**Código - Grado:**	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1884-2026	**Año Contrato:**	2026	**CDP Contrato Inicial:**	295
Perfil:	HIGIENISTA ORAL				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
Unidad de Servicios:	USS LA REFORMA				

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	177	0	12620	$2233740	95.2%
E01UD	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS MARICHUELA	9	0	12620	$113580	4.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2347320**	**DOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS VEINTEPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2026-02-02		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2026-06-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2026-06-09	2026-08-31	1	$ 4581060	1166

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	FEBRERO	$ 2347320
2	MARZO	$ 2460900

© Siasur - 2026

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	ABRIL	$ 2233740
4	MAYO	$ 2233740
5	JUNIO	$ 2347320
6	JULIO	$ 2347320

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 11736600	**$ 16317660**	**$ 13970340**	**$ 2347320**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Prestar servicios especializados en Higiene Oral, de manera autónoma e independiente, conforme a la Lex Artis, atendiendo las necesidades asistenciales de LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., en observancia de los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) y la normatividad vigente aplicable.	-Ejecutar las labores asistenciales en salud oral siguiendo los flujos de trabajo y directrices institucionales vigentes, - -	-agenda diaria de pacientes y programación
2	Desarrollar planes de intervención en promoción y prevención en salud oral, dirigidos a los pacientes que consulten los servicios de LA SUBRED SUR E.S.E., de acuerdo con el modelo de atención institucional, efectuando el acompañamiento clínico requerido hasta el egreso del usuario y/o el seguimiento ambulatorio que resulte pertinente.	--atender a los usuarios según la agenda asignada y los que soliciten el servicio, en cumplimiento de las actividades asegurando la calidad en la prestación del servicio siguiendo directrices -	--agenda diaria de pacientes
3	Ejecutar actividades de información, educación y comunicación en salud, orientadas a la promoción de hábitos saludables, la prevención de la enfermedad y el fortalecimiento del autocuidado, a nivel individual, familiar y comunitario, conforme a los lineamientos técnicos definidos por la Entidad.	Desarrollar actividades de comunicación en salud oral a nivel individual y comunitario, siguiendo las instrucciones y reportando los avances para la validación y control de cumplimiento de indicadores de la sub red sur -	-formatos y evidencias de promoción
4	Diligenciar y registrar la información correspondiente a la atención brindada, incluyendo la intervención realizada y el plan de cuidados en salud oral, de forma integral, secuencial, clara y oportuna, simultánea o inmediatamente después de su ejecución, conforme a los criterios de racionalidad científica y a la normatividad vigente, en especial la Resolución 1995 de 1999, la Resolución 839 de 2017 y las normas que las modifiquen o sustituyan.	Apoyar el diligenciamiento de los registros de atención y planes de cuidado, atendiendo a las indicaciones del profesional a cargo y bajo los lineamientos de la normatividad vigente, garantizando la oportunidad del registro según la operatividad diaria establecida por la subred sur -	historia clinica

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
5	Contribuir técnicamente a la elaboración, revisión o actualización de formatos, guías, protocolos y procedimientos en salud oral, cuando sea requerido, así como al diligenciamiento del consentimiento informado en los casos aplicables, garantizando el cumplimiento de las normas universales de bioseguridad.	-Apoyar la actualización de formatos y guías de salud oral atendiendo a los requerimientos y asignaciones específicas de la adherencia a procesos y guías socializadas -	-formatos usados en cada proceso
6	Apoyar técnicamente la identificación, caracterización, orientación y seguimiento de los usuarios, así como su canalización a las diferentes rutas integrales de atención en salud, incluyendo la consolidación de información necesaria para la trazabilidad de indicadores sanitarios, mediante la entrega de informes, listas de chequeo, consentimientos informados y demás soportes técnicos que sean requeridos.	-Apoyar técnicamente la identificación y seguimiento de usuarios conforme a las directrices y asignaciones impartidas por la supervisión, realizando la canalización a rutas de atención y consolidando la información de indicadores -	-formatos y requerimientos definidos por la Subred Sur
7	Apoyar acciones asistenciales con los equipos misionales, exclusivamente en el marco del objeto contractual, para el manejo integral y cuidado del paciente, conforme a la normatividad legal vigente y respetando la autonomía profesional del contratista.	-Aplicación de protocolos y guías de manejo clínico según las instrucciones recibidas por la coordinación del área -	-formatos usados para cada proceso
8	Aplicar las medidas y procedimientos de bioseguridad en salud oral, de acuerdo con los lineamientos técnicos y la documentación institucional vigente, durante la ejecución de las actividades propias del servicio contratado.	Ejecutar los procedimientos de bioseguridad en salud oral acatando estrictamente las instrucciones técnicas impartidas por la Subred Sur, utilizando los insumos y siguiendo la documentación institucional vigente --	-formatos de la subred que aplican a este proceso
9	Realizar el apoyo técnico en la organización y gestión de la agenda del servicio de odontología, cuando sea requerido para la adecuada prestación del servicio, sin que ello implique asignación de funciones administrativas permanentes.	--Brindar apoyo técnico en la ejecución de la agenda del servicio de odontología, ajustando la actividad profesional a la programación y asignación de citas definida por la entidad, atendiendo a los requerimientos operativos necesarios para la continuidad del servicio -	--programación y agenda diaria de pacientes
10	Participar en procesos de habilitación, acreditación y certificación institucional, tales como IAMII y ULC, mediante el diligenciamiento de listas de asistencia, instrumentos de evaluación pre y postest y demás actividades técnicas necesarias para la apropiación del conocimiento.	-Cumplir con los procesos de acreditación y certificación institucional (IAMII y ULC) según las directrices impartidas, garantizando el registro de asistencia y la aprobación de evaluaciones técnicas conforme a las exigencias de la Subred sur. -	formatos elaborados para estas actividades
11	Ejecutar otras actividades propias del perfil de Higienista Oral, siempre que guarden relación directa con el objeto del contrato y contribuyan al cumplimiento de las funciones misionales de LA SUBRED SUR E.S.E., sin que se configure subordinación laboral ni asignación de funciones distintas a las pactadas.	-Ejecución de actividades de apoyo al servicio de odontología, realizadas siguiendo instrucciones específicas impartidas para la jornada - -	-oportuna prestación del servicio

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	9507434723	-		$ 2347320
2026	JUNIO	2026	07	21				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	DOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS VEINTEPESOS

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	**$ 280200**
Salud		CAPITAL SALUD EPS		$ 218863	**$ 218900**
ARL	3	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.		$ 42652	**$ 42700**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 508148**	**$ 541800**

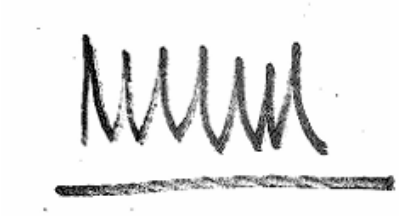
INFORMACIÓN DE PAGO

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	2026-07-28 21:48:06
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARIA MARCELA MEZA FLOREZ	2026-07-28 21:59:37
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2026-07-29 11:58:23
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 11:53:56

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.



MARIA MARCELA MEZA FLOREZ

© Siasur - 2026

© Siasur - 2026

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		
☐	PS 1884 2026.pdf	PS 1884 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	CTO 1884 Enero REFORMA DIANA JIMENEZ.pdf (Archivado)	CTO 1884 Enero REFORMA DIANA JIMENEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	hoja de vida SIDEAP.pdf	hoja de vida SIDEAP.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	titulo.pdf	titulo.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 1884 FEBRERO2026 REFORMA DIANA JIMENEZ.pdf	CTO 1884 FEBRERO2026 REFORMA DIANA JIMENEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 1884 marzo 2026 REFORMA DIANA JIMENEZ.pdf	CTO 1884 marzo 2026 REFORMA DIANA JIMENEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 1884 abril 2026 REFORMA DIANA JIMENEZ.pdf	CTO 1884 abril 2026 REFORMA DIANA JIMENEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 1884 MAYO 2026 REFORMA DIANA JIMENEZ.pdf	CTO 1884 MAYO 2026 REFORMA DIANA JIMENEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 1884 JUNIO 2026 REFORMA DIANA JIMENEZ.pdf	CTO 1884 JUNIO 2026 REFORMA DIANA JIMENEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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
2026-06	2026-06	497540624	9507434723	I	2026/07/24	2026/07/21	BANCO CAJA SOCIAL	0	$541,800

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)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	53130298	JIMENEZ DIANA	25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPSC34	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

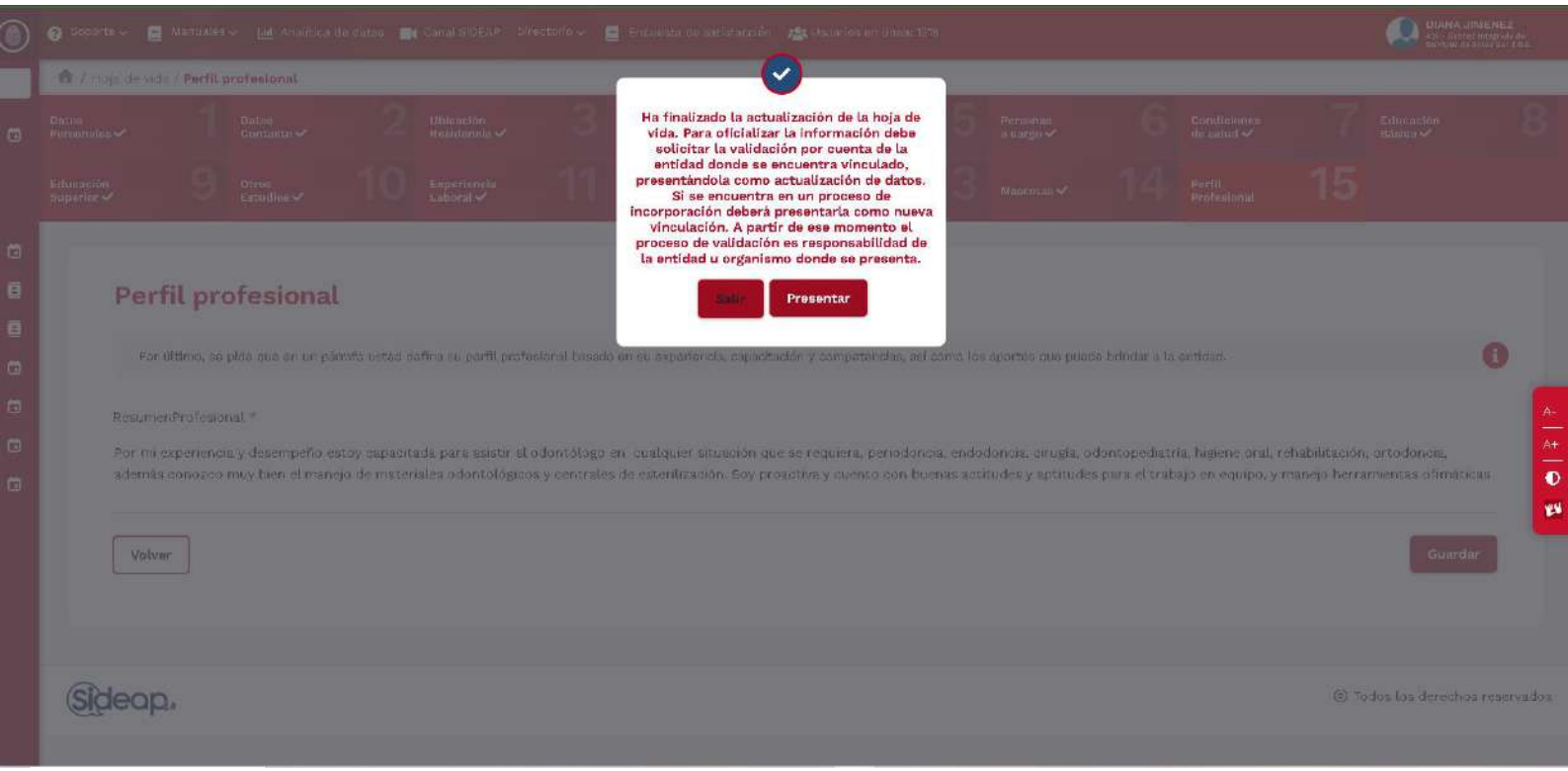
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53130298		JIMENEZ RESTREPO DIANA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 6 B EST 90 47	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3057962764	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	497540624	9507434723	I	2026/07/24	2026/07/21	BANCO CAJA SOCIAL	0	$541,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0	$0	$42,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$42,700	$0	$0	$42,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$541,800**	**$0**	**$0**	**$541,800**


Soporte
Materiales
Analítica de datos
Canal SIDEAP
Directorio
Encuesta de satisfacción
Usuarios en línea: 1278
DIANA JIMENEZ
Hoja de vida / Perfil profesional
Datos Personales
Datos Contacto
Ubicación Residencia
Personas a cargo
Condiciones de salud
Educación Básica
Educación Superior
Otros Estudios
Experiencia Laboral
Idiomas
Perfil Profesional
Ha finalizado la actualización de la hoja de vida. Para oficializar la información debe solicitar la validación por cuenta de la entidad donde se encuentra vinculado, presentándola como actualización de datos. Si se encuentra en un proceso de incorporación deberá presentarla como nueva vinculación. A partir de ese momento el proceso de validación es responsabilidad de la entidad u organismo donde se presenta.
Salir
Presentar
Perfil profesional
Por último, se pide que en un párrafo usted defina su perfil profesional basado en su experiencia, capacitación y competencias, así como los aportes que puede brindar a la entidad.
ResumenProfesional *
Por mi experiencia y desempeño estoy capacitada para asistir al odontólogo en cualquier situación que se requiera, periodoncia, endodoncia, cirugía, odontopediatría, higiene oral, rehabilitación, ortodoncia, además conozco muy bien el manejo de materiales odontológicos y centrales de esterilización. Soy proactiva y cuento con buenas actitudes y aptitudes para el trabajo en equipo, y manejo herramientas ofimáticas
Volver
Guardar
sideap
Todos los derechos reservados

Presentación de hoja de vida

Una vez actualizada su hoja de vida, usted seleccionará la entidad a la cual la va a presentar, el tipo de vinculación que tiene o tendrá y el causal de la presentación: Actualización de datos o nueva vinculación, con lo cual se autoriza a la entidad a verificar los datos aquí consignados.

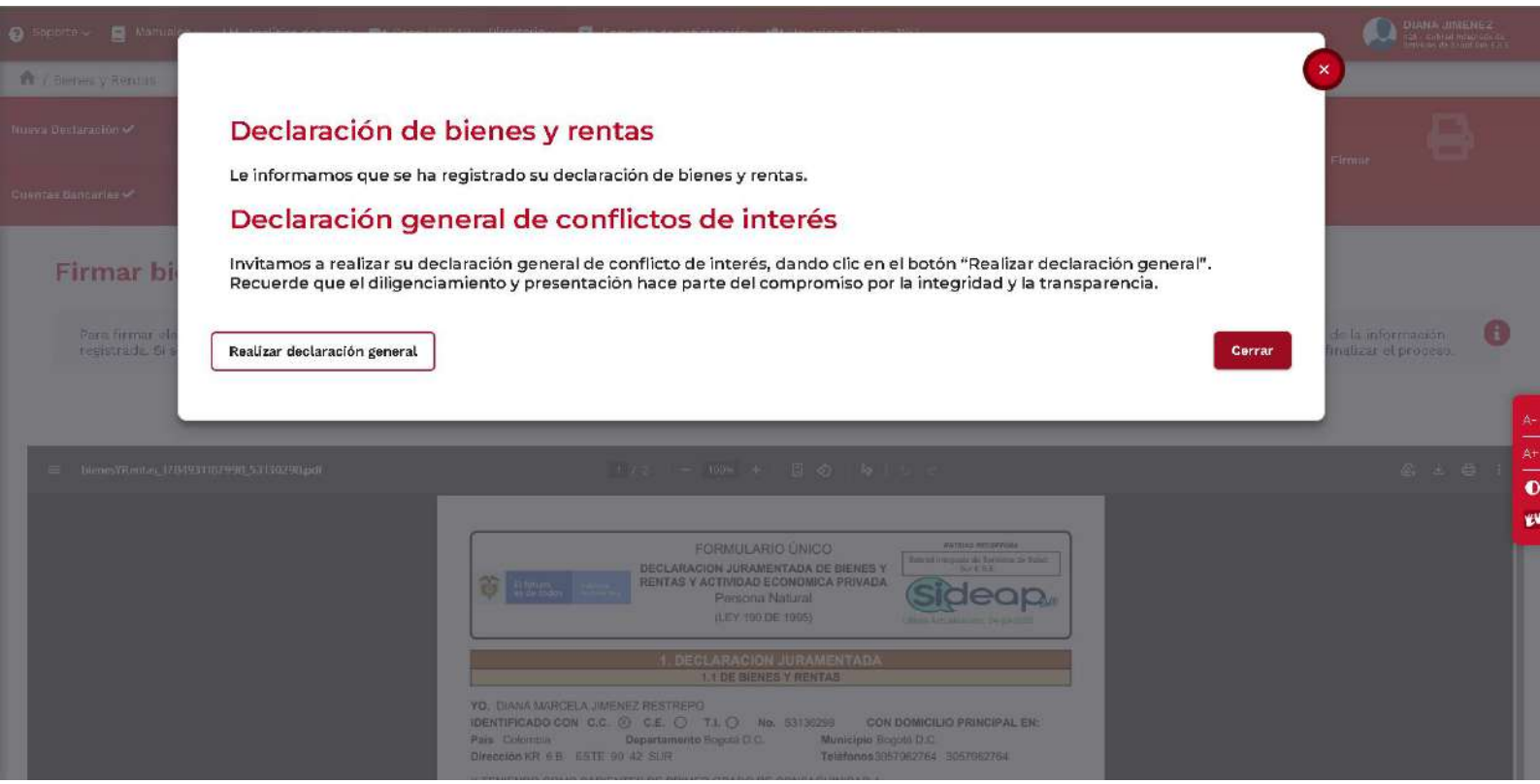
+ Agregar entidad

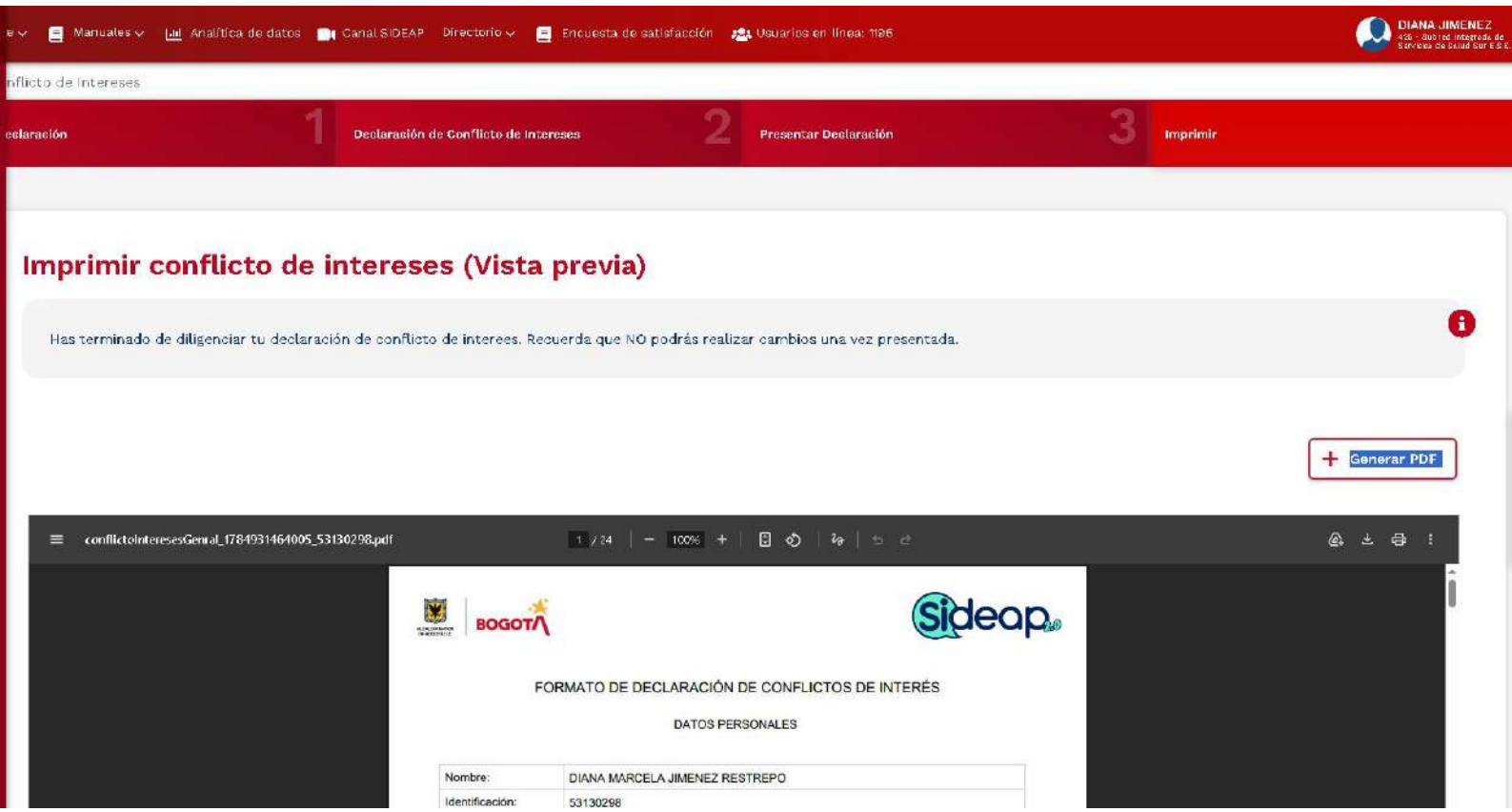
Lista Entidades

10

Id presentación	Nombre entidad	Fecha presentación	Presentar como	Motivo de presentación	Estado	Observaciones	Volver a presentar	Editar presentación	Ver hoja de vida validada	Eliminar
1807245	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	24/07/2026	Contratista	Nueva vinculación	Enviada a entidad					
1770385	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	09/06/2026	Contratista	Nueva vinculación	Enviada a entidad					
1662718	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	10/11/2025	Contratista	Nueva vinculación	Enviada a entidad					
1444923	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	10/12/2024	Contratista	Nueva vinculación	Enviada a entidad					
1344863	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	10/07/2024	Contratista	Nueva vinculación	Enviada a entidad					

(1 of 1)


Declaración de bienes y rentas
Le informamos que se ha registrado su declaración de bienes y rentas.
Declaración general de conflictos de interés
Invitamos a realizar su declaración general de conflicto de interés, dando clic en el botón "Realizar declaración general".
Recuerde que el diligenciamiento y presentación hace parte del compromiso por la integridad y la transparencia.
Realizar declaración general
Cerrar
FORMULARIO ÚNICO
DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)
1. DECLARACION JURAMENTADA
1.1 DE BIENES Y RENTAS
YO, DIANA MARCELA JIMENEZ RESTREPO
IDENTIFICADO CON C.C. C.E. T.I. No. 53136259 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:
País Colombia Departamento Bogotá D.C. Municipio Bogotá D.C.
Dirección KR 6 B ESTE 90 42 SUR Teléfonos 3057062764 3057062764


Manuales
Analítica de datos
Canal SIDEAP
Directorio
Encuesta de satisfacción
Usuarios en línea: 1186
DIANA JIMENEZ
nflicto de Intereses
eclaración
1
Declaración de Conflicto de Intereses
2
Presentar Declaración
3
Imprimir
Imprimir conflicto de intereses (Vista previa)
Has terminado de diligenciar tu declaración de conflicto de interees. Recuerda que NO podrás realizar cambios una vez presentada.
Generar PDF
conflictoInteresesGeneral_1784931464005_53130298.pdf
1 / 24
100%
BOGOTÁ
Sideap
FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS
DATOS PERSONALES
Nombre:
DIANA MARCELA JIMENEZ RESTREPO
Identificación:
53130298

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	53130298	JIMENEZ	RESTREPO	DIANA	MARCELA	2026-05	Capital Salud	COTIZANTE
CC	53130298	JIMENEZ	RESTREPO	DIANA	MARCELA	2015-10	Salud Total	BENEFICIARIO
CC	53130298	JIMENEZ	RESTREPO	DIANA	MARCELA	2017-02	Salud Total	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
Capital Salud	05/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Capital Salud	04/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Capital Salud	03/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Capital Salud	02/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Capital Salud	01/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Capital Salud	12/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Capital Salud	11/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Capital Salud	10/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Capital Salud	09/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Capital Salud	08/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización

1 2 3 4 5 6 7

66 Registros en 7 Paginas

Pago Normal: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Dicho lo anterior estos afiliados no cuentan con un pago o cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Volver a Consultar | Descargar