

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79791528	JACK PAUL GALINDO REY		CALLE 86 # 69 T 41	3002000288	JACKPGALINDO@YAHOO.CO M
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	I	24/07/2025	88166296	\$867.200	

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

### TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	346.700	0		0		0	17	3.700	0	350.400	1

### TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	443.700	0	0	0	0	17	4.700	0	448.400	1

### TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	67.600				67.600	17	800	68.400			676	68.400	1

### TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

### TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	17	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	17	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

### TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	346.700	350.400
Pensión	1	443.700	448.400
Riesgos Laborales	1	67.600	68.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>858.000</b>	<b>867.200</b>

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79791528	JACK PAUL GALINDO REY		CALLE 86 # 69 T 41	3002000288	JACKPGALINDO@YAHOO.CO M	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-06	2025-06	1	24/07/2025	88166296	\$867.200	

**DETALLE POR COTIZANTE**

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Colom. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TOP	TAP	VSP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	79791528	GALINDO REY JACK PAUL	59	0			N																	25-14	2.773.000	443.700	0	0	0	0	EPS005	2.773.000	346.700	14-11	2.773.000	3	67.600		0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA

Factura Electrónica De Venta No. FE 94  
Ver. UBL 2.1

Forma de Pago: Contado  
Medio de Pago: Efectivo  
Moneda: COP  
Total de Lineas: 1

Fecha de Validación: 12/07/2025 07:04 PM  
Fecha de Generación: 12/07/2025 07:04 PM  
Responsabilidad Fiscal: R-99-PN No responsable  
Responsabilidad Tributaria: ZZ - No Aplica  
(49) No responsable de IVA

Emisor : JACK PAUL GALINDO REY  
Razón Social: JACK PAUL GALINDO REY  
NIT: 79791528-7  
Teléfono: + (57) 300 2000288  
Correo Electrónico: jackpgalindo@yahoo.com  
Dirección: CL 73 77 B 16 BOGOTÁ, D.C.  
Departamento: BOGOTÁ, D.C.  
Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Receptor : Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E  
Razón Social Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E  
NIT: 900958564-9  
Teléfono: +(57) 7 300000  
Correo Electrónico: cps.facturacionelectronica@subredsur.gov.co  
Dirección: Carrera 20 # 47 b- 35 sur  
Responsabilidad Tributaria: ZZ - No Aplica  
País: Colombia  
Departamento: BOGOTÁ, D.C.  
Municipio: BOGOTÁ, D.C.



#	Cod	Item	Detalle	Cant	Unidad	Precio	Subtotal	IVA%	IVA	Total
1	Honorarios Medicos	Honorarios Medicos	Prestación de servicios como Medico Pediatra en la Unidad de cuidado Intensivo Pediatrico del Hospital De Meissen , durante el mes de Julio del 01 al 31 del año 2025 , son 84 horas	84.00	cada	96,254.00	8,085,336.00	0	0.00	8,085,336.00

Detalles:

Son: OCHO MILLONES OCHENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS

Cuentas Bancarias

Cuenta Ahorro Banco Davivienda 570476270029848 ( Pesos )

CUFE :

70eac5f1bf230a8c15b44195766a91fe43f1a86effcdcb6ac955d8d895439993575b934e30f1da614413f8ab2de2fde

Detalle de Venta

Subtotal :	COP 8,085,336.00
Descuento :	COP 0.00
Monto Bruto :	COP 8,085,336.00
Monto IVA :	COP 0.00
Total Venta:	COP 8,085,336.00
Total:	COP 8,085,336.00

Firma Digital:

hRRX4i9xv1olqS8oxPRpuAXTi5wBToxrDyqV4u//99s0dxamnP8Lmo47+h8UXNpX 3zFaEjCCtclnUrgRH+5+zNNbuhQsz8MRBNh1VTHxk1yC9AeTdV/AUtn0Q+j8+HsJR2P3oQmG6HVZj/6BerKFz7BmX7qNosp7cMv6UxpTbPRLvIVuLpjmFQ9Bmk6PG1.GF5bZxLqfez65kDg+8gx0CTmmHWvAbXa0Jc+Bp30wTiuqUPVv1wMLXmSx3c0FZ9jqha1VFTYCMi+e+d/L5thvZOmRXf0yiel3dEZ37uGiGz7YTGWVR3RYihBNHgtU gdydRjwqn+xRx6DTM2iefQ==

Autorizado DIAN para la Facturación Electrónica mediante la resolución N° 18764093624157 entre los rangos de Facturación del 82 al 500000 usando el prefijo FE con vigencia entre las fechas 2025-05-27 al 2025-11-27.

Generada por: FA TOA <https://factoia.co>

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 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		
<input type="checkbox"/> CUENTA ENERO N°2403-2025 JACK GALINDO.pdf	CUENTA ENERO N°2403-2025 JACK GALINDO.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA FEBRERO N°2403-2025 JACK GALINDO.pdf.pdf	CUENTA FEBRERO N°2403-2025 JACK GALINDO.pdf.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA MARZO N°2403-2025 JACK GALINDO.pdf.pdf	CUENTA MARZO N°2403-2025 JACK GALINDO.pdf.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA ABRIL N°2403-2025 JACK GALINDO.pdf.pdf	CUENTA ABRIL N°2403-2025 JACK GALINDO.pdf.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA MAYO N°2403-2025 JACK GALINDO.pdf..pdf	CUENTA MAYO N°2403-2025 JACK GALINDO.pdf..pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA JUNIO N°2403-2025 JACK GALINDO.pdf.pdf	CUENTA JUNIO N°2403-2025 JACK GALINDO.pdf.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Borrar Cargar nuevo

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >

**FORMULARIO ÚNICO**  
**DECLARACIÓN 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**  
Última Actualización: 24-jul-2025

**1. DECLARACION JURAMENTADA**  
**1.1 DE BIENES Y RENTAS**

YO, JACK PAUL GALINDO REY  
**IDENTIFICADO CON C.C.**  **C.E.**  **T.I.**  **No.** 79791528 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**  
**País** Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.  
**Dirección** TRANSVERSAL 59 # 108 -30 **Teléfonos** 3002000288 3002000288

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
GULLERMO GALINDO RAMOS	19092933	Padre
NICOLAS FELIPE GALINDO GARCIA	1034519308	Hijo(a)
LUCIA REY PUENTES	41510895	Madre
JUAN DAVID GALINDO GARCIA	1015484424	Hijo(a)

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



**FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS**

**DATOS PERSONALES**

Nombre:	JACK PAUL GALINDO REY
Identificación:	79791528
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	jackpgalindo@yahoo.com
Tipo declaración:	Para actualizar durante la ejecución del contrato
Fecha Declaración:	25/07/25

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.

JACK PAUL GALINDO REY

**Función Pública** | Aplicativo por la Integridad pública

Inicio | Declaración de Ley 2013 de 2019 | Declaración Decreto 830 de 2021 (Personas Expuestas Políticamente - PEP) | Opciones de usuario

**Declaración de Ley 2013 de 2019**

Ver aceptación de la política de seguridad de datos

Registrar nueva Declaración Ley 2013 de 2019

Recuerde verificar también si, según el Decreto 830 de 2021, usted debe declarar y publicar su información financiera. En caso de que deba hacerlo, dé clic en **Declaración Decreto 830 de 2021 (Personas Expuestas Políticamente - PEP)** en el menú superior del aplicativo.

**Lista Declaraciones de Ley 2013 de 2019**

Acciones	Declaración No.	Entidad	Cargo/Contratista	Tipo de publicación	Fecha de creación	Fecha de publicación	Estado
	2827873-01	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR	CONTRATISTA	PERIÓDICO	2025-07-25 06:55	2025-07-28 07:53	FINALIZADO

Si tiene alguna duda o presenta algún inconveniente, escribanos a [sportesaplicativointegridad@funcionpublica.gov.co](mailto:sportesaplicativointegridad@funcionpublica.gov.co) indicando su requerimiento, nombre, tipo y número de documento y teléfono de contacto.

7:56 a. m. 28/07/2025

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.****INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS****DATOS DEL INFORME**

<b>Periodo Certificar:</b>	<b>a</b>	<b>Desde:</b>	2025-07-01	<b>Hasta:</b>	2025-07-31
<b>Nombre Contratista:</b>	del	JACK PAUL GALINDO REY		<b>Número de Documento:</b>	79791528
<b>Correo Electrónico:</b>	JACKPGALINDO@YAHOOO.COM			<b>Número Telefónico:</b>	3002000288
<b>Nombre Supervisor:</b>	del	JHON EDISON PARRA MANCIPE	<b>Cargo:</b>	MEDICO ESPECIALISTA - MEDICINA CRITICA Y CUIDADO INTENSIVO	<b>Código Grado:</b> -

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	2403-2025	<b>Año Contrato:</b>	2025	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	26
<b>Perfil:</b>	MÉDICO ESPECIALISTA - PEDIATRIA				
<b>Dirección a la que Pertenece:</b>	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
<b>Unidad de Servicios:</b>	USS MEISSEN				

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
J03ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	84	0	96254	\$8085336	45.2%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	<b>\$ 8085336</b>	<b>OCHO MILLONES OCHENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS</b>					

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2025-01-17	<b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b>	2025-08-31
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>	<b>Mes Cuenta de Cobro</b>	<b>Valor a Pagar</b>	
1	ENERO	\$ 5775240	
2	FEBRERO	\$ 4620192	
3	MARZO	\$ 8085336	
4	ABRIL	\$ 5775240	
5	MAYO	\$ 10395432	

<b>EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO</b>			
6	JUNIO	\$ 6930288	
7	JULIO	\$ 8085336	
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>	<b>PAGOS REALIZADOS</b>	<b>SALDO DEL CONTRATO</b>
\$ 125322708	\$ 125322708	\$ 49667064	\$ 75655644
<b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b>		<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>	<b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>
1	Prestar servicios de perfil Médico(a) Especializado(a) 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 (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	-PRESTAR SERVICIOS DE PERFIL (MÉDICO(A) ESPECIALIZADO(A)) ACORDE CON LA LEX ARTIS, SEGÚN NECESIDAD DE LA SUBRED SUR ESE, DE ACUERDO A LOS PRINCIPIOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL (SGSS), SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA Y CALIDAD (SOGC) Y DEMAS NORMAS CONCORDANTES	-AUDITORIA REALIZADA POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO
2	2). 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.	-AUDITORIA REALIZADA POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO	-DINAMICA GERENCIAL
3	Registrar en la historia clínica toda la información del acto médico, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), 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 o sustituya).	-REALIZAR FORMULACION DE MEDICAMENTOS , ORDENES Y/O INTERPRETACION DE APOYO DIAGNOSTICO A LOS PACIENTES DEL SERVICIO	-DINAMICA GERENCIAL
4	Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, estadísticas vitales, MIPRES, en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad	-PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LA SOCIALIZACION DE GUIAS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES	-LISTAS DE ASISTENCIA
5	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.	-EVALUAR EL ESTADO CLINICO DEL PACIENTE Y DEFINIR LA CONDUCTA MEDICA PERTINENTE A TRAVES DE LA INTERPRETACION DE EXAMENES Y/O IMAGENES DIAGNOSTICAS Y BRINDAR EDUCACION A LA FAMILIA	-EVALUAR EL ESTADO CLINICO DEL PACIENTE Y DEFINIR LA CONDUCTA MEDICA PERTINENTE A TRAVES DE LA INTERPRETACION DE EXAMENES Y/O IMAGENES DIAGNOSTICAS Y BRINDAR EDUCACION A LA FAMILIA

<b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b>		<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>	<b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>
6	Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	-ARTICULAR ACCIONES CON LOS EQUIPOS MISIONALES PARA EL MANEJO INTEGRAL Y CUIDADO DEL PACIENTE, CONFORME LO ESTABLECE LA LEY 911 DE 2014 O NORMA QUE LA MODIFIQUE, ADICIONE O SUSTITUYA	-ARTICULAR ACCIONES CON LOS EQUIPOS MISIONALES PARA EL MANEJO INTEGRAL Y CUIDADO DEL PACIENTE, CONFORME LO ESTABLECE LA LEY 911 DE 2014 O NORMA QUE LA MODIFIQUE, ADICIONE O SUSTITUYA
7	Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.	-CUMPLIR CON LOS OBJETOS CONTRACTUALES E INVOLUCRARLOS EN LA ATENCION Y DIAGNOSTICOS DE LOS USUARIOS	-DINAMICA GERENCIAL
8	Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento	-EVALUAR EL ESTADO CLINICO DEL PACIENTE Y DEFINIR LA CONDUCTA MEDICA PERTINENTE A TRAVES DE LA INTERPRETACION DE EXAMENES Y/O IMAGENES DIAGNOSTICAS Y BRINDAR EDUCACION A LA FAMILIA	-DINAMICA GERENCIAL
9	Cumplir las metas de producción acordadas con el supervisor de contrato para efectos de actividades y/o productos de servicio especializado conforme a los lineamientos pactados entre los pagadores y la LA SUBRED SUR E.S.E	-REALIZAR FORMULACION DE MEDICAMENTOS , ORDENES Y/O INTERPRETACION DE APOYO DIAGNOSTICO A LOS PACIENTES DEL SERVICIO	-DINAMICA GERENCIAL
10	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-REALIZAR FORMULACION DE MEDICAMENTOS , ORDENES Y/O INTERPRETACION DE APOYO DIAGNOSTICO A LOS PACIENTES DEL SERVICIO	-DINAMICA GERENCIAL

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Período al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	\$ 6930288
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	JUNIO	2025	07	24	88166296	FE 94		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					SEIS MILLONES NOVECIENTOS TREINTA MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y OCHOPESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 2772115	\$ 443538	\$ 448400
Salud					SURA		\$ 346514	\$ 350400
ARL				3	SURA		\$ 67529	\$ 68400
Caja de Compensación				NO		<b>Total</b>	<b>\$ 804522</b>	<b>\$ 867200</b>
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	0570476270029848	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					JACK PAUL GALINDO REY		2025-07-24 17:40:58	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					JACK PAUL GALINDO REY		2025-07-25 18:19:08	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					JACK PAUL GALINDO REY		2025-07-28 07:59:12	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					JHON EDISON PARRA MANCIPE		2025-07-29 13:11:26	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA		2025-07-31 10:54:42	

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.



**JHON EDISON PARRA MANCIPE**  
**MEDICO ESPECIALISTA - MEDICINA CRITICA Y CUIDADO**  
**INTENSIVO**