

|                                                                                   |                                                   |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. |                                                                                     |
|                                                                                   | INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS    |  |

| DATOS DEL INFORME       |                              |            |                      |                 |        |
|-------------------------|------------------------------|------------|----------------------|-----------------|--------|
| Periodo a Certificar:   | Desde:                       | 2025-07-01 | Hasta:               | 2025-07-31      |        |
| Nombre del Contratista: | JHOANNA JULIETH MARIN GARCIA |            | Número de Documento: | 1032391040      |        |
| Correo Electrónico:     | Jogismarin@hotmail.com       |            | Número Telefónico:   | 3102535050      |        |
| Nombre del Supervisor:  | RICARDO MARTINEZ GALVIS      | Cargo:     | ENFERMERO            | Código - Grado: | 243-20 |

| DATOS DEL CONTRATO            |                                                       |               |      |                       |    |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------|------|-----------------------|----|
| No. Contrato:                 | 3783-2025                                             | Año Contrato: | 2025 | CDP Contrato Inicial: | 26 |
| Perfil:                       | MÉDICO ESPECIALISTA - GINECOLOGO OBSTETRA Y ECOGRAFIA |               |      |                       |    |
| Dirección a la que Pertenece: | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS                  |               |      |                       |    |
| Unidad de Servicios:          | USS MEISSEN                                           |               |      |                       |    |

| LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS     |                                        |                                                                      |              |                          |            |            |                                |
|------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------|------------|------------|--------------------------------|
| Centro de Costos             | Dirección                              | Unidad                                                               | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total      | Procentaje(%) Centro de Costos |
| L02ME                        | DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS | USS MEISSEN                                                          | 24           | 0                        | 90846      | \$2180304  | 12.9%                          |
| D01ME                        | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS   | USS MEISSEN                                                          | 108          | 96                       | 90846      | \$18532584 | 109.7%                         |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 20712888                            | VEINTE MILLONES SETECIENTOS DOCE MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y OCHOPESOS |              |                          |            |            |                                |

| 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               | \$ 7994448                                |            |
| 2                                   | FEBRERO             | \$ 20712888                               |            |
| 3                                   | MARZO               | \$ 21803040                               |            |
| 4                                   | ABRIL               | \$ 19077660                               |            |
| 5                                   | MAYO                | \$ 20167812                               |            |

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co  
Teléfono 7300000 Ext 26017  
© Siasur - 2025

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 6                                                       | JUNIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$ 19077660                                                                                                                                                                                                                      |                                                                |
| 7                                                       | JULIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$ 20712888                                                                                                                                                                                                                      |                                                                |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                              | VALOR TOTAL DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | PAGOS REALIZADOS                                                                                                                                                                                                                 | SALDO DEL CONTRATO                                             |
| \$ 135178848                                            | \$ 135178848                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | \$ 129546396                                                                                                                                                                                                                     | \$ 5632452                                                     |
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                                                                                                       | PRODUCTO O EVIDENCIA                                           |
| 1                                                       | 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 como Médico Especialista en el servicio de Ginecología y Obstetricia, de acuerdo a programación de actividades bajo protocolos y procedimientos institucionales según necesidades del servicio de ginecología | -Programación de actividades                                   |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | -Realizar orientación y brindar información de acuerdo a la especialidad con el fin de promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud                                                                            | -Historia clínica                                              |
| 3                                                       | 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 el diligenciamiento completo de historia clínica de manera correcta, y demás documentos según lo requerido por el sistema de información de la Subred Sur, cumpliendo con los parámetros y tiempos establecidos        | -Sistema de información dinámica gerencial                     |
| 4                                                       | 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 en actualización de formatos, guías y protocolos del servicio y adherirse a los mismos; de igual manera incluir el consentimiento informado y realizar MIPRES en los casos que se requiera.                          | -Formatos institucionales, historia clínica, sistema dinámica. |
| 5                                                       | 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | --Identificar a los usuarios y orientar para la inscripción en rutas de atención en salud que le apliquen a la especialidad                                                                                                      | --Sistema de información dinámica gerencial                    |
| 6                                                       | 6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | -Velar por el correcto manejo y cuidado del paciente según normatividad vigente                                                                                                                                                  | -Historia clínica                                              |

| <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>                |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 7                                                              | 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.                                    | -Realizar valoración, diagnóstico y manejo de pacientes que asisten a la Subred Sur según cuadro clínico; hacer acompañamiento y supervisión hasta su egreso | -Sistema de información dinámica gerencial |
| 8                                                              | 8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.                                                      | -Brindar información de manera oportuna del paciente y su estado de salud, evolución y demás al familiar y/o acudiente                                       | -Historia clínica                          |
| 9                                                              | 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 las demás actividades asignadas que apliquen según el perfil                                                                                       | -Supervisor Supervisor                     |
| 10                                                             | 10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.                                                                                                                              | -Realizar las demás actividades asignadas que apliquen según el perfil                                                                                       | -Supervisor Supervisor                     |

| 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 |                     | \$ 19077660 |
| AÑO                                                     | MES             | AÑO           | MES            | DÍA     | 88146332                                                         | FAC94                      |                                                  |                     |             |
| 2025                                                    | JUNIO           | 2025          | 07             | 11      |                                                                  |                            |                                                  |                     |             |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras |                 |               |                |         | DIECINUEVE MILLONES SETENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS SESENTAPESOS |                            |                                                  |                     |             |
| Item                                                    |                 |               |                |         | Entidades Aportantes a Seguridad Social                          | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes                      | Valor Aportado      |             |
| Pensionado                                              |                 |               |                | NO      | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES              | \$ 7631064                 | \$ 1220970                                       | \$ 1814000          |             |
| Salud                                                   |                 |               |                |         | NUEVA EPS                                                        |                            | \$ 953883                                        | \$ 1333400          |             |
| ARL                                                     |                 |               |                | 3       | SURA                                                             |                            | \$ 185893                                        | \$ 260000           |             |
| Caja de Compensación                                    |                 |               |                | NO      |                                                                  | Total                      | \$ 2214687                                       | \$ 3407400          |             |
| INFORMACIÓN DE PAGO                                     |                 |               |                |         |                                                                  |                            |                                                  |                     |             |
| Entidad Bancaria                                        | BANCO DE BOGOTÁ |               | Tipo de Cuenta | AHORROS |                                                                  | Número de Cuenta           | 364497412                                        |                     |             |
| HISTÓRICO                                               |                 |               |                |         |                                                                  |                            |                                                  |                     |             |
| OBSERVACIÓN                                             |                 |               |                |         | USUARIO                                                          |                            |                                                  | FECHA               |             |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                     |                 |               |                |         | JOHANNA JULIETH MARIN GARCIA                                     |                            |                                                  | 2025-07-26 15:42:56 |             |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                                    |                 |               |                |         | RICARDO MARTINEZ GALVIS                                          |                            |                                                  | 2025-07-28 14:08:27 |             |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN                                   |                 |               |                |         | MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA                                 |                            |                                                  | 2025-07-29 14:11:01 |             |

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.

RICARDO MARTINEZ GALVIS  
ENFERMERO

| DATOS DEL APORTANTE   |                    |                              |        |                            |                    |                        |                                           |
|-----------------------|--------------------|------------------------------|--------|----------------------------|--------------------|------------------------|-------------------------------------------|
| TIPO                  | NÚMERO             | NOMBRE APORTANTE             |        | DIRECCIÓN                  | TÉLEFONO           | CORREO                 | EXONERADO PAGO<br>PARAFISCALES Y<br>SALUD |
| CC                    | 1032391040         | JHOANNA JULIETH MARIN GARCIA |        | Transversal 13 L # 45 G-05 | 7695697            | jogismarin@hotmail.com |                                           |
| FORMA<br>PRESENTACIÓN | CLASE<br>APORTANTE | NOMBRE<br>SUCURSAL           | CÓDIGO | DEPARTAMENTO               | CIUDAD / MUNICIPIO |                        |                                           |
| ÚNICA                 | I – Independiente  |                              |        | BOGOTÁ D. C.               | BOGOTÁ. D.C.       |                        |                                           |
|                       |                    |                              |        |                            |                    |                        | NO                                        |

| 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             | 11/07/2025               | 88146332        | \$3.407.700   |     |

### 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 |           |                       |                |               |               |
| EPS037        | Nueva EPS | 900156264-2 | 1.332.000              | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 2         | 1.700                 | 0              | 1.333.700     | 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 | 1.705.000              | 0                          | 0                           | 53.300                   | 53.300                    | 2         | 2.200                 | 200            | 1.814.000     | 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 | 259.600                |                  |       |                        | 259.600               | 2         | 400                   | 260.000             |                            |                     | 2.596             | 260.000       | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |     |              |           |                   |               |               |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Dias Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 2         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 2         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 1.332.000                           | 1.333.700     |
| Pensión                | 1                              | 1.811.600                           | 1.814.000     |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 259.600                             | 260.000       |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>         | 3                              | 3.403.200                           | 3.407.700     |

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                              |        |                            |                    |                        |
|-------------------------------------|-------------------|------------------------------|--------|----------------------------|--------------------|------------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE             |        | DIRECCIÓN                  | TELÉFONO           | CORREO                 |
| CC                                  | 1032391040        | JHOANNA JULIETH MARIN GARCIA |        | Transversal 13 L # 45 G-05 | 7695697            | jogismarin@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN                  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL              | CÓDIGO | DEPARTAMENTO               | CIUDAD / MUNICIPIO |                        |
| ÚNICA                               | I – Independiente |                              |        | BOGOTÁ D. C.               | BOGOTÁ, D.C.       |                        |
| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |                   |                              |        |                            |                    | NO                     |

| 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                           | I             | 11/07/2025               | 88146332        | \$3.407.700   |     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                              |  |  |  |           |         |            |                       |           |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |    |       |     |     |                   |     |            |          |            |            |                      |                      |                                |                                 |          |            |                        |          |            |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|------------------------------|--|--|--|-----------|---------|------------|-----------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|----|-------|-----|-----|-------------------|-----|------------|----------|------------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|------------|------------------------|----------|------------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                              |  |  |  |           |         |            | INFORMACIÓN NOVEDADES |           |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |    | SALUD |     |     | RIESGOS LABORALES |     |            | CCF      |            |            | PARAFISCALES         |                      |                                |                                 |          |            |                        |          |            |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres          |  |  |  | Cotizante | Subjeto | Extranjero | Cotiz. exterior       | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP     | VBP | VBT | SLN | IOE | MA | MA    | VAC | AVP | VCT               | IRL | CORRECCIÓN | 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   | 1032391040            | MARIN GARCIA JHOANNA JULIETH |  |  |  | 59        | 0       |            |                       | N         |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |    |       |     |     |                   |     |            | 25-14    | 10.656.000 | 1.705.000  | 0                    | 0                    | 53.300                         | 53.300                          | EPS037   | 10.656.000 | 1.332.000              | 14-11    | 10.656.000 | 3               | 259.600    |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

PAGADA

JHOANNA JULIETH MARIN GARCIA

NIT 1032391040-9

Nombre Comercial: JHOANNA JULIETH MARIN GARCIA

Régimen: NO RESPONSABLE DE IVA

Responsabilidad Fiscal: RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN

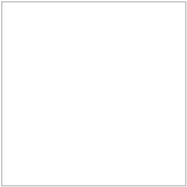
Actividad Económica CIU Nro. 8621

Dirección: TV 13 L 45 G 05 SUR

Teléfono: 3102535050

Correo: jogismarin@hotmail.com

Ciudad: BOGOTÁ D.C.



CUFE:41f5ae27148fb07d648ac77721d151be425b9fdbd47b5831fccbc7608ae1c8b4c15b9bfeb18ea5e9a0b55357059bb0fd

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA NRO. 94

Autorización Numeración de Facturación Electrónica de DIAN  
Nro. 18764089235221 de 2025-02-20 Vigencia 6 Meses  
Rango Autorizado desde 70 hasta 100

Tipo Documento: Factura electrónica de Venta

Tipo Operación: Estándar

Fecha Facturación: 2025-07-26 15:26:45

Fecha Vencimiento: 2025-07-31

Fecha Dian: 2025-07-26 15:27:04

Divisa: COP

Orden Compra Asociada:

Cliente: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

NIT 900958564-9

Nombre Comercial: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

Dirección: CR 20 47 B 35 SUR

Teléfono: 7300000

Correo: exp.facturacionelectronica@subredsurgov.co

Ciudad: BOGOTÁ D.C.

| Forma de pago | Método de pago |
|---------------|----------------|
| Contado       | Efectivo       |

| Nro. | Código | Descripción       | U/M | Valor Unitario | Cant. | Valor Neto    |
|------|--------|-------------------|-----|----------------|-------|---------------|
| 1    | 8621   | SERVICIOS MEDICOS | 94  | 90,846.00      | 228.0 | 20,712,888.00 |

Total de líneas: 1

Observaciones:

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES

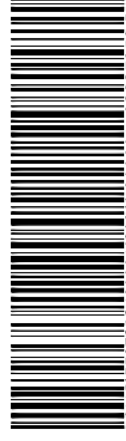
|             |               |
|-------------|---------------|
| TOTAL BRUTO | 20,712,888.00 |
| SUBTOTAL    | 20,712,888.00 |

|                                                                                                   |             |               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------|
| TOTAL EN LETRAS VEINTE MILLONES SETECIENTOS DOCE MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS COLOMBIANOS | TOTAL VENTA | 20,712,888.00 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------|



## Actualización

14888372595



(415)7707212489984(8020) 000001488837259 5

14. Buzón electrónico

|                      |      |
|----------------------|------|
| 27. Fecha expedición | 2005 |
|----------------------|------|

30. Ciudad/Municipio  
Bogotá, D.C.

34. Otros nombres  
JULIETH

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. ~~Sidha~~

#### UBICACIÓN

40. Ciudad/Municipio  
Bogotá, D.C.

41. Dirección principal  
CL 32 B SUR 34

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| 42. Correo electrónico | jogismarin@hotmail.com |
| 43. Código postal      |                        |

## CLASIFICACIÓN

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| 52. Número establecimientos | 1 |
|-----------------------------|---|

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

|    |    |    |
|----|----|----|
| 24 | 25 | 26 |
|    |    |    |

[illegible]

49 - No responsable de IVA

52 - Facturador electrónico

|                     |  |
|---------------------|--|
| Obligados aduaneros |  |
|---------------------|--|

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**IMPORTANTE:** Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

**Para uso exclusivo de la DIAN**

---

**La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.**

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016.

**Firma del solicitante:**

984. Nombre

985. Carqo

El futuro es de todos

GOBIERNO DE BOGOTÁ

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: 22-jul-2025

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, JHOANNA JULIETH MARIN GARCIA  
IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1032391040 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:  
País Colombia Departamento Bogotá D.C. Municipio Bogotá D.C.  
Dirección CL 32 B SUR 34 F 01 Teléfonos 3102535050 3102535050



FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

|                    |                                                   |
|--------------------|---------------------------------------------------|
| Nombre:            | JHOANNA JULIETH MARIN GARCIA                      |
| Identificación:    | 1032391040                                        |
| Entidad:           | Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. |
| Cargo:             | Contratista                                       |
| Correo:            | jogismarin@hotmail.com                            |
| Tipo declaración:  | Para actualizar durante la ejecución del contrato |
| Fecha Declaración: | 22/07/25                                          |



Declaración de Ley 2013 de 2019

Registrar nueva Declaración Ley 2013 de 2019

Ver aceptación de la política de seguridad de datos

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

Formulario 2,826,541 finalizado

| Acciones | Declaración No. | Entidad                                    | Cargo/Contratista | Tipo de publicación | Fecha de creación | Fecha de publicación | Estado     |
|----------|-----------------|--------------------------------------------|-------------------|---------------------|-------------------|----------------------|------------|
|          | 2826541-01      | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR | CONTRATISTA       | INGRESO             | 2025-07-24 16:39  | 2025-07-24 16:50     | FINALIZADO |