

La empresa **LAURY DANIELA GALINDO HURTADO**, identificada con **CC** número **1000250843**, aportó por **Laury Daniela Galindo Hurtado** identificado(a) con **CC** número **1000250843** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para para los periodos de pensión comprendidos entre 2025-9 y 2025-11 de la siguiente forma.

| CODIGO | NOMBRE ADMINISTRADORA         | COTIZANTE | I<br>N<br>G | R<br>E<br>D | T<br>A<br>D<br>E | T<br>A<br>D<br>P | T<br>A<br>S<br>P | V<br>S<br>L<br>N | S<br>I<br>G<br>M<br>E<br>A | V<br>A<br>C<br>P | V<br>C<br>T<br>P | I<br>R<br>P | CORRECCIÓN | DÍAS | IBC         | TARIFA APOORTE | COTIZACIÓN Y/O APOORTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | PERIODO           | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO | EXONERADO |
|--------|-------------------------------|-----------|-------------|-------------|------------------|------------------|------------------|------------------|----------------------------|------------------|------------------|-------------|------------|------|-------------|----------------|------------------------|-----------------|------------------|-------------------|--------------------|---------------|-----------|
| EPS005 | Sanitas EPS                   | 59        |             |             |                  |                  |                  |                  |                            |                  |                  |             | 0          | 30   | \$1,423,500 | 0.12500        | \$178,000              | \$0             | \$0              | Septiembre - 2025 | 90159696           | 21/10/2025    | No        |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 59        |             |             |                  |                  |                  |                  |                            |                  |                  |             | 0          | 30   | \$1,423,500 | 0.16000        | \$227,800              | \$0             | \$0              | Septiembre - 2025 | 90159696           | 21/10/2025    | No        |
| 14-23  | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS  | 59        |             |             |                  |                  |                  |                  |                            |                  |                  |             | 0          | 30   | \$1,423,500 | 0.02436        | \$34,700               | \$0             | \$0              | Septiembre - 2025 | 90159696           | 21/10/2025    | No        |
| EPS005 | Sanitas EPS                   | 59        |             |             |                  |                  | X                |                  |                            |                  |                  |             | 0          | 30   | \$1,501,169 | 0.12500        | \$187,700              | \$0             | \$0              | Octubre - 2025    | 91510432           | 18/11/2025    | No        |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 59        |             |             |                  |                  | X                |                  |                            |                  |                  |             | 0          | 30   | \$1,501,169 | 0.16000        | \$240,200              | \$0             | \$0              | Octubre - 2025    | 91510432           | 18/11/2025    | No        |
| 14-23  | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS  | 59        |             |             |                  |                  | X                |                  |                            |                  |                  |             | 0          | 30   | \$1,501,169 | 0.02436        | \$36,600               | \$0             | \$0              | Octubre - 2025    | 91510432           | 18/11/2025    | No        |

PAGADA

El presente certificado se expide a los **26** días del mes **November** de **2025**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

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

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"/> | ARL POSITIVA 1000250843 CTO 7859-2025.pdf | ARL POSITIVA 1000250843 CTO 7859-2025.pdf | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | cto 7859-2025 octubre.pdf                 | cto 7859-2025 octubre.pdf                 | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |

Cancelar

Borrar

Cargar nuevo

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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

| DATOS DEL INFORME       |                                  |            |                                  |               |          |
|-------------------------|----------------------------------|------------|----------------------------------|---------------|----------|
| Periodo a Certificar:   | Desde:                           | 2025-11-01 | Hasta:                           | 2025-11-30    |          |
| Nombre del Contratista: | LAURY DANIELA GALINDO HURTADO    |            | Número de Documento:             | 1000250843    |          |
| Correo Electrónico:     | danielagalindo494@gmail.com      |            | Número Telefónico:               | 3123728628    |          |
| Nombre del Supervisor:  | SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ | Cargo:     | ODONTOLOGO CÓDIGO 242 - GRADO 27 | Código Grado: | - 242-27 |

| DATOS DEL CONTRATO             |                                     |               |      |                       |      |
|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|------|-----------------------|------|
| No. Contrato:                  | 7859-2025                           | Año Contrato: | 2025 | CDP Contrato Inicial: | 1471 |
| Perfil:                        | ODONTÓLOGO                          |               |      |                       |      |
| Dirección a la que Perteneces: | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS |               |      |                       |      |
| Unidad de Servicios:           | USS VISTA HERMOSA                   |               |      |                       |      |

| LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS     |                                     |                                                              |              |                          |            |           |                                |
|------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------|------------|-----------|--------------------------------|
| Centro de Costos             | Dirección                           | Unidad                                                       | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total     | Procentaje(%) Centro de Costos |
| E01UD                        | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS | USS MARICHUELA                                               | 159          | 0                        | 20177      | \$3208143 | 85.5%                          |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 3208143                          | TRES MILLONES DOSCIENTOS OCHO MIL CIENTOCUARENTA Y TRESPESOS |              |                          |            |           |                                |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO |              |                     |             |                                           |      |            |
|-------------------------------------|--------------|---------------------|-------------|-------------------------------------------|------|------------|
| Fecha de Inicio del Contrato        |              | 2025-10-08          |             | Fecha de Terminación del Contrato Inicial |      | 2025-10-31 |
| No. Prorroga                        | Fecha Inicio | Fecha Terminación   | No. Adición | Valor Adición                             | CDP  |            |
| 1                                   | 2025-10-20   | 2025-11-30          | 1           | \$ 3752931                                | 1767 |            |
| 2                                   | 2025-11-14   | 2026-01-16          | 2           | \$ 4059612                                | 1890 |            |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado |              | Mes Cuenta de Cobro |             | Valor a Pagar                             |      |            |
| 1                                   |              | OCTUBRE             |             | \$ 2683541                                |      |            |
| 2                                   |              | NOVIEMBRE           |             | \$ 3208143                                |      |            |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | VALOR TOTAL DEL CONTRATO                                                                                                                                    | PAGOS REALIZADOS     | SALDO DEL CONTRATO |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------|
| \$ 3002328                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$ 10814871                                                                                                                                                 | \$ 5891684           | \$ 4923187         |
| 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 Odontólogo(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 (SGSSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Prestar el servicio de odontología general con uso de normas de seguridad y ética profesional                                                               | historia clinica     |                    |
| 2                                                       | Valorar, diagnosticar, definir plan de tratamiento odontológico al paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio, Adhiriéndose al modelo de atención institucional.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Explicar al paciente de forma detallada la importancia de acudir al servicio, el plan de tratamiento que se va a realizar paso a paso                       | historia clinica     |                    |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Realizar educación al paciente sobre la importancia de mantener buenos hábitos de higiene bucal para el mantenimiento de su dentición                       | HISTORIA CLINICA     |                    |
| 4                                                       | 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Realizar el diligenciamiento correcto en la historia clínica de cada uno de los procedimientos a realizar teniendo en cuenta los consentimientos informados | HISTORIA CLINICA     |                    |
| 5                                                       | Registrar en la Historia Clínica toda la información del acto odontológico, procedimientos y cuidados de salud oral, de manera 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, sustituya). | Relizar adecuado diligenciamiento de historia clinica                                                                                                       | HISTORIA CLINICA     |                    |
| 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 (informe mensual, diligenciamiento drive, plani llas jornadas, informe de radiología, informe causas de inasistencia o no atención, listas de chequeo segura..                                                                                                                                                                                                                                       | Verificar nombre y documento correcto del paciente al momento de ingresar a la consulta                                                                     | HISTORIA CLINICA     |                    |

| <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                                                              | Obtener resultados en auditorías de adherencia guías de práctica clínica, registro clínico, iguales o mayores a 90%.                      | Implementación de las acciones misionales                                                                                                                  | HISTORIA CLINICA            |
| 8                                                              | Cumplir las metas de tratamiento resolutivo, P y D, sisveso.                                                                              | Prestar el servicio de Odontología en todas las áreas para el cumplimiento de las actividades programadas haciendo uso de todas las normal de bioseguridad | HISTORIA CLINICA            |
| 9                                                              | Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente. | Implementación de las acciones misionales                                                                                                                  | Macroproceso Misional       |
| 10                                                             | Participación activa en procesos de habilitación, acreditación, certificación IAMII, ULC.                                                 | Conocer y aplicar cada una de las acciones misionales ante el ente acreditador cuando fuese el caso                                                        | MACROPROCESO MISIONAL       |
| 11                                                             | Diligenciamiento de planillas de asistencia, test de apropiación del conocimiento.                                                        | Realizar correcto diligenciamiento de los procedimientos a realizar                                                                                        | HISTORIA CLINICA            |
| 12                                                             | Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.                                         | Implementación de las acciones misionales                                                                                                                  | MACROPROCESO MISIONAL       |

| 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 |                | \$ 2683541 |
| AÑO                                                     | MES     | AÑO           | MES | DÍA | 91510432                                                                  | -                          |                                                  |                |            |
| 2025                                                    | OCTUBRE | 2025          | 10  | 18  |                                                                           |                            |                                                  |                |            |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras |         |               |     |     | DOS MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL QUINIENTOS CUARENTA Y UNPESOS |                            |                                                  |                |            |
| Item                                                    |         |               |     |     | Entidades Aportantes a Seguridad Social                                   | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes                      | Valor Aportado |            |
| Pensionado                                              |         |               |     | NO  | PROTECCIÓN                                                                | \$ 1423500                 | \$ 227760                                        | \$ 240200      |            |
| Salud                                                   |         |               |     |     | SÁNTITAS                                                                  |                            | \$ 177938                                        | \$ 187700      |            |
| ARL                                                     |         |               |     | 3   | POSITIVA                                                                  |                            | \$ 34676                                         | \$ 36600       |            |
| Caja de Compensación                                    |         |               |     | NO  |                                                                           | Total                      | \$ 413129                                        | \$ 464500      |            |

| INFORMACIÓN DE PAGO |                  |  |                |         |                  |             |
|---------------------|------------------|--|----------------|---------|------------------|-------------|
| Entidad Bancaria    | BANCOLOMBIA S.A. |  | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 91279132993 |

| HISTÓRICO                                                                                                                              |                                  |                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------|
| OBSERVACIÓN                                                                                                                            | USUARIO                          | FECHA               |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                                                                                                    | LAURY DANIELA GALINDO HURTADO    | 2025-11-26 20:07:33 |
| RECHAZADO SUPERVISOR                                                                                                                   | SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ | 2025-11-26 20:58:50 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                                                                                                | LAURY DANIELA GALINDO HURTADO    | 2025-11-27 10:23:23 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                                                                                                                   | SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ | 2025-11-28 17:07:47 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN                                                                                                                  | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO   | 2025-11-30 21:58:14 |
| INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO   | 2025-12-10 12:41:46 |

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.



**SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ**  
**ODONTOLOGO CÓDIGO 242 - GRADO 27**