

**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>             | 2025-11-01    | <b>Hasta:</b>   | 2025-11-30             |
| <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 -<br>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  | 96           | 0                        | 96254      | \$9240384 | 51.6%                          |
| <b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b> | \$ 9240384                           | NUEVE MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y CUATROPESOS |              |                          |            |           |                                |

**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. Prorroga</b>                        | <b>Fecha Inicio</b>        | <b>Fecha Terminación</b> | <b>No. Adición</b> | <b>Valor Adición</b>                             | <b>CDP</b> |
| 1  | 2025-08-11                 | 2025-10-31               | 1                  | \$ 0   | 0          |
| 2  | 2025-10-20                 | 2025-11-30               | 2                  | \$ 0   | 0          |
| 3  | 2025-11-27                 | 2026-01-16               | 3                  | \$ 0   | 0          |
| <b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b> | <b>Mes Cuenta de Cobro</b> |                          |                    | <b>Valor a Pagar</b>                             |            |
| 1  | ENERO                      |                          |                    | \$ 5775240                                       |            |

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

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

| <b>EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO</b>                     |   |   |  |                           |
|--|---|---|--|---------------------------|
| 2  | FEBRERO   | \$ 4620192  |  |                           |
| 3  | MARZO   | \$ 8085336  |  |                           |
| 4  | ABRIL   | \$ 5775240  |  |                           |
| 5  | MAYO  | \$ 10395432   |  |                           |
| 6  | JUNIO   | \$ 6930288  |  |                           |
| 7  | JULIO   | \$ 8085336  |  |                           |
| 8  | AGOSTO  | \$ 8085336  |  |                           |
| 9  | SEPTIEMBRE  | \$ 6930288  |  |                           |
| 10   | OCTUBRE   | \$ 5775240  |  |                           |
| 11   | NOVIEMBRE   | \$ 9240384  |  |                           |
| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>                              |   | <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>   | <b>PAGOS REALIZADOS</b>                            | <b>SALDO DEL CONTRATO</b> |
| \$ 125322708   |   | \$ 125322708  | \$ 79698312  | \$ 45624396               |
| <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                               |                           |

| <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>   |
|--|---|--|---|
| 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  |
| 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.   | 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   |
| 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   | -EVALUAR EL ESTADO CLINICO DEL PACIENTE Y DEFINIR LA CONDUCTA MEDICA PERTINENTE , REALIZAR INTERCONSULTAS SEGUN LAS NECESIDADES CLINICAS DE LOS PACIENTES                              | --DINAMICA GERENCIAL  |
| 10   | Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.   | -EVALUAR EL ESTADO CLINICO DEL PACIENTE Y DEFINIR LA CONDUCTA MEDICA PERTINENTE , REALIZAR INTERCONSULTAS SEGUN LAS NECESIDADES CLINICAS DE LOS PACIENTES                              | --DINAMICA GERENCIAL  |

| INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL   |                       |               |                |         |   |                            |   |                  |
|--|-----------------------|---------------|----------------|---------|---|----------------------------|---|------------------|
| Periodo al que corresponde el pago   |                       | Fecha de Pago |                |         | Número de Planilla  | Factura Electrónica        | Valor Honorarios Certificados el Mes Anterior | de el \$ 5775240 |
| AÑO  | MES                   | AÑO           | MES            | DÍA     |   |                            |   |                  |
| 2025   | OCTUBRE               | 2025          | 11             | 18      | 91501301  | FE 98                      |   |                  |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras  |                       |               |                |         | CINCO MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS CUARENTAPESOS |                            |   |                  |
| Item   |                       |               |                |         | Entidades Aportantes a Seguridad Social                                 | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes                   | Valor Aportado   |
| Pensionado   |                       |               |                | NO      | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES                     | \$ 2310096                 | \$ 369615                                     | \$ 371700        |
| Salud  |                       |               |                |         | SURA  |                            | \$ 288762                                     | \$ 290400        |
| ARL  |                       |               |                | 3       | SURA  |                            | \$ 56274                                      | \$ 56600         |
| Caja de Compensación   |                       |               |                | NO      |   | <b>Total</b>               | <b>\$ 670436</b>                              | <b>\$ 718700</b> |
| INFORMACIÓN DE PAGO  |                       |               |                |         |   |                            |   |                  |
| Entidad Bancaria   | BANCO DAVIVIENDA S.A. |               | Tipo de Cuenta | AHORROS |   | Número de Cuenta           | de 0570476270029848                           |                  |
| HISTÓRICO  |                       |               |                |         |   |                            |   |                  |
| OBSERVACIÓN  |                       |               |                |         | USUARIO   |                            | FECHA   |                  |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES  |                       |               |                |         | JACK PAUL GALINDO REY   |                            | 2025-11-25 22:05:56                           |                  |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN   |                       |               |                |         | JHON EDISON PARRA MANCIPE   |                            | 2025-11-28 13:11:09                           |                  |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN  |                       |               |                |         | MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA  |                            | 2025-12-02 20:01:41                           |                  |
| 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 12:40:22                           |                  |

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**

| 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<br>M          |
| 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      |     |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     | UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2025-10              | 2025-10                           | I             | 18/11/2025               | 91501301        | \$718.700     |     |

## 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 |           |                       |                |               |               |
| EPS005     | Sanitas EPS | 800251440-6 | 288.900                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 8         | 1.500                 | 0              | 290.400       | 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 | 369.800                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 8         | 1.900                 | 0              | 371.700       | 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 | 56.300                 |                  |       |                        | 56.300                | 8         | 300                   | 56.600              |                            |                     | 563               | 56.600        | 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            | 8         | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ICBF</b>  |           |                   |               |               |
| 0            | 8         | 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                              | 288.900                             | 290.400        |
| Pensión             | 1                              | 369.800                             | 371.700        |
| Riesgos Laborales   | 1                              | 56.300                              | 56.600         |
| 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>715.000</b>                      | <b>718.700</b> |

| 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<br>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 |                          |                 |          |     |
| 2025-10              | 2025-10                           | \$718.700     |                          |                 |          |     |

**DETALLE POR COTIZANTE**

| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       | INFORMACIÓN NOVEDADES |           |         |           |                |           |     |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |      |     |    | SALUD |     |     | RIESGOS LABORALES |            |          | CCF       |            |                      | PARAFISCALES         |                                |                                 |          |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|-----------------------|-----------|---------|-----------|----------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|------|-----|----|-------|-----|-----|-------------------|------------|----------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| No.                   | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres   | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Com. exonerado | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TOP | TAP | VSP | VBT     | SILN | ISE | MA | MA    | ASP | 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   | 79791528              | GALINDO REY JACK PAUL | 59        | 0       |           |                | N         |     |     |     |     |     |     |     |         |      |     |    |       |     |     |                   |            | 25-14    | 2.311.000 | 369.800    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS005   | 2.311.000 | 288.900                | 14-11    | 2.311.000 | 3               | 56.300     |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

# PAGADA

# Factura Electrónica De Venta No. FE 98

## Ver. UBL 2.1

**Forma de Pago:** Contado  
**Medio de Pago:** Cheque  
**Moneda:** COP  
**Total de Lineas:** 1

**Fecha de Validación:** 15/11/2025 03:06 PM  
**Fecha de Generación:** 15/11/2025 03:06 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- |     |                    | Prestación de servicios como Medico Pediatra en la Unidad de cuidado Intensivo Pediatrico del Hospital De Meissen , durante el mes de Noviembre del 01 al 30 del año 2025 , son 96 horas |       |        |           |              |      |      |                     |
| 1  |     | Honorarios Medicos | Honorarios Medicos   | 96.00 | cada   | 96,254.00 | 9,240,384.00 | 0    | 0.00 | <b>9,240,384.00</b> |

#### Detalles:

Son: NUEVE MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS

#### Cuentas Bancarias

**Cuenta Ahorro** Banco Davivienda 570476270029848 ( Pesos )

#### CUFE :

e5da2de0c85e574afd6a082866247abb076c70d8e33c8a7f27fb9ff3692604845c7ab145a5b57b4ba153ab7d5d1f719a

#### Detalle de Venta

|                      |                  |
|----------------------|------------------|
| <b>Subtotal :</b>    | COP 9,240,384.00 |
| <b>Descuento :</b>   | COP 0.00         |
| <b>Monto Bruto :</b> | COP 9,240,384.00 |
| <b>Monto IVA :</b>   | COP 0.00         |
| <b>Total Venta:</b>  | COP 9,240,384.00 |
| <b>Total:</b>        | COP 9,240,384.00 |

#### Firma Digital:

def3NOIVrosAurLylidg7NrnFkBWdXdoVWyo0X6Txy6z9TFynls7h4mDP2DB1fu 0zdgPB0d4EoH7XKAJQhdF/WLCDdjOlg1kku49QVzPu9kKP5wGcCKWmjB+8R/VaDU GyRqCBuAU4exUIFD+k+IkEzTS5MA8/7hloilrgRSZVllymOaxtg2AUFDbuqY3f 0V4qm+JP6wcQ3W5blaE7lyYXZWWQOsGgl9s2Ouk2AwlGQTAHIDFnCxdEvmq+Lyio RmGoIncls8h/Xh9Z+TgGAo8GwuM8IEDiIYUKzpfEO/eLcHNkgj1rXoJDFGKCO3M1 4CY0WKvRzYdtmKvFZVM/XA==

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: <https://facto.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

#### 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> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA JULIO N°2403-2025 JACK GALINDO.pdf.pdf      | CUENTA JULIO N°2403-2025 JACK GALINDO.pdf.pdf      | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA AGOSTO N°2403-2025 JACK GALINDO.pdf         | CUENTA AGOSTO N°2403-2025 JACK GALINDO.pdf         | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA SEPTIEMBRE N°2403-2025 JACK GALINDO.pdf.pdf | CUENTA SEPTIEMBRE N°2403-2025 JACK GALINDO.pdf.pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA OCTUBRE N°2403-2025 JACK GALINDO.pdf.pdf    | CUENTA OCTUBRE 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 >