



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Certifica que:

JUAN FELIPE GALVIS MOSQUERA

CC 1020788500

Ha participado y aprobado el proceso de formación de:

Ejes de Acreditación

Cumpliendo los objetivos propuestos con una intensidad de 20 horas

Se expide en la ciudad de Bogotá el día *viernes, 19 de junio de 2026*

Este certificado tiene una vigencia de dos (2) años a partir de la fecha de expedición.

Andrea Elizabeth Hurtado Neira
Gerente

“Subred Sur Occidente, una gran familia a tu servicio”



QR de
verificación:





1819185a-d465-437b-ab1e-5b5a2c590369

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud
certifica que:

Juan Felipe Galvis Mosquera

ha participado y aprobado el Curso Virtual

Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)

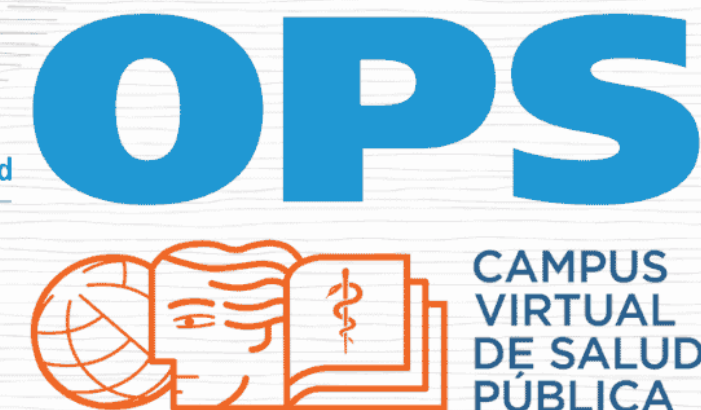
(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 92,50 %

2 de junio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director



Se certifica que la empresa , identificada con CC-1020788500 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2026-05	230201	800229739	PROTECCION	1	0	850.700	0	850.700
Período salud:	2026-05	EPS005	800251440	SANITAS	1	0	664.600	0	664.600
Planilla Nro.:	37498871 Tipo I	14-11	890903790	ARL SURA	1	0	129.600	0	129.600
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	1	0	0	0	0
Fecha transacción:	2026-05-29	PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Banco:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
Transacción:	345385702	PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
		GRAN TOTAL					\$ 1.644.900		

PAGADO

FORMULARIO ÚNICO

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

Última Actualización: 23-jun-2026

El futuro
es de todosGobierno
de ColombiaDECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADAPersona Natural
(LEY 190 DE 1995)

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, JUAN FELIPE GALVIS MOSQUERA

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1020788500 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección CL 128 18 48 AP 403

Teléfonos 3058101874 3058101874

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Ginna Maria Mosquera Arango	1020788500	Madre
Hector Orlando Galvis Diaz	1020788500	Padre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN
POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE
RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 0,00

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco Davivienda	Cuenta de ahorros	488427726804	Unicentro	\$ 370.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Vehiculo	10030301510	\$ 16.000.000,00

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
		\$ 0,00

 El futuro es de todos	Gobierno de Colombia	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 Occidente E.S.E.  Última Actualización: 23-jun-2026
---	-------------------------------------	---	---

1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: SI ☐ NO ☒ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Firma electrónica:
JUAN FELIPE GALVIS MOSQUERA 23/06/2026 01:40:41
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 23-jun-2026
CIUDAD Y FECHA

Medellin, 23 de junio de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **JUAN FELIPE GALVIS MOSQUERA** con documento de identidad **C1020788500**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2026-04-29	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	RIESGO III	0000000003	3	2.436	EN COBERTURA

- Medellín 604 4444578
- Bogotá 601 4055911
- Cali 602 3808938
- Pereira 606 3138400

- Manizales 606 8811280
- Bucaramanga 607 6917938
- Cartagena 605 6424938
- Barranquilla 605 3197938

- Líneas de atención 01 8000 511 414 6 01 8000 941 414
- Línea de conciliación ARL 3103157562
- sura.co/arl



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Juan Felipe Galvis Mosquera, identificado(a) con CC número 1020788500, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1020788500
NOMBRES Y APELLIDOS	Juan Felipe Galvis Mosquera
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	29/12/1993
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/05/2019
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	77 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	43 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	04/03/2020
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	
CEDULA DE CIUDADANIA 1020788500 JUAN FELIPE GALVIS MOSQUERA Desde 26/02/2026 - Vigente N.I.T. 860007759 COLEGIOMAYOR DE NUESTRA SRA DEL ROSARIO Desde 02/02/2023 Hasta 31/01/2026N.I.T. 800149384 CLINICA COLSANITAS S A Desde 06/06/2025 Hasta 31/07/2025	

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ☐ Si ☒ 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
☐	SOPORTE PAGO MAYO.pdf	SOPORTE PAGO MAYO.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JUAN FELIPE GALVIS MOSQUERA
1.020.788.500 DE BOGOTA

(La suma de \$ 12'562.692) (**DOCE MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS MCTE**) por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial como **Especialista en pediatría**, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

de acuerdo al requerimiento institucional en el Hospital Pediátrico Tintal en el área administrativa, durante el periodo de **01 al 30 de junio de 2026** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 3903-2026.**



JUAN FELIPE GALVIS MOSQUERA
C.C 1.020.788.500 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA
NUMERO 488427726804

					Versión 3			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación 2/15/2018			
					Código: 04-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA								
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			Juan Felipe Galvis Mosquera					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1020788500
CORREO ELECTRONICO:			jgalvismosquera@gmail.com			CELULAR:		3058101874
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			HOSPITALIZACION PEDIATRÍA HOSPITAL PEDIATRICO TINTAL			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	KE11105	100						
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			488427726804				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		3903			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1012	FECHA	2026-04-23 16:09:54.000	NÚMERO DE CRP	17004	FECHA	2026-04-30 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		ESPECIALISTA EN PEDIATRIA						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2026-06-01			2026-06-30	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$12,562,692				
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 0%			N/A	
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.								
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO								
CONCEPTO						VALORES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:						\$39,508,756		
VALOR EJECUTADO						\$25,853,656		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$12,562,692		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$13,655,100		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						65%		
El intervisor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE: Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.								
Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC		APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES	
37498871	\$5,316,386	\$664,548		\$850,622	3	\$129,507	\$1,644,677	
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
RONALD MEZA COLON 91446480 Supervisor								
Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.								
Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021								

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1. Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad	Realizar consultas de pediatría general, urgencias y procedimientos diagnósticos/terapéuticos según guías de práctica clínica (AIEPI, GPC del MSPS)	Nota de evolución o registro de procedimiento en historia clínica
2. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Diligenciar la historia clínica completa (anamnesis, examen físico, impresión diagnóstica, plan) cumpliendo Ley 23/1981 y Resolución 1995/1999	Historia clínica firmada, fechada y legible en el sistema
3. Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	Registrar en el sistema de información de la Subred cada atención, procedimiento e intervención realizada con códigos CUPS correspondientes	Registros estadísticos y soportes de facturación actualizados
4. Participar en la programación de actividades del área.	Asistir a las reuniones de programación del servicio	Cronograma de actividades firmado o acta de participación
5. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Identificar y reportar en el SIVIGILA casos de enfermedades de notificación obligatoria (EDA, ERA, varicela, sarampión, etc.) dentro de los tiempos establecidos	Ficha de notificación obligatoria diligenciada y enviada
6. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	Reportar eventos adversos, incidentes o fallas de calidad a través del sistema institucional de reporte y participar en los comités de análisis	Reporte de evento adverso / acta de análisis de falla con plan de mejora
7. Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	Dar instrucciones verbales y escritas al personal de enfermería y auxiliares sobre medicamentos, dosis, vía y monitoreo de cada paciente	Orden médica clara en historia clínica o en formulario institucional
8. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad	Completar formatos institucionales (triage, remisiones, interconsultas, epicrisis) con letra legible, datos completos y en tiempo real	Formularios institucionales diligenciados y archivados
9. Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	Explicar al paciente/familia el procedimiento a realizar, resolver dudas y obtener firma antes de ejecutarlo	Consentimiento informado firmado por acudiente y médico
10. Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación	Citar a controles, revisar resultados pendientes y hacer seguimiento activo a pacientes con patologías crónicas o de alto riesgo	Nota de seguimiento en historia clínica / lista de pacientes en control
11. Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	Realizar reunión de información clínica con familia al ingreso, durante la hospitalización y al egreso, explicando diagnóstico y plan	Nota de información a familia en historia clínica
12. Emitir conceptos médicos que se le requieran	Elaborar conceptos médicos (incapacidades, certificados de salud, valoraciones para remisión) cuando sean solicitados	Concepto médico o certificado firmado y con código
13. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	Aplicar los estándares del SOGCS en la práctica diaria (trazadores de acreditación, listas de chequeo, protocolos institucionales)	Listas de verificación diligenciadas / indicadores de calidad reportados
14. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato	Consolidar al cierre de cada mes las actividades realizadas (consultas, procedimientos, remisiones, notificaciones)	Informe mensual de actividades entregado al supervisor del contrato
15. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	Mantener en buen estado y hacer uso responsable de los elementos asignados (estetoscopio, equipo de cómputo, insumos clínicos)	Acta de entrega/devolución de elementos al finalizar el contrato
16. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Asistir a inducciones, capacitaciones obligatorias, equipos de mejoramiento y reuniones institucionales	Registro de asistencia / constancia de participación
17. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	Leer, apropiarse y aplicar en la práctica los protocolos, guías y procedimientos definidos por la Subred	Evidencia de aplicación en notas clínicas / check de cumplimiento
18. Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales	Participar en actividades extramurales, brigadas de salud o respuesta a requerimientos interinstitucionales cuando sea convocado	Informe de actividad extramural o acta de participación

19. Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	Registrar la producción asistencial al sistema de información de la Subred	Registros validados en el sistema de información institucional
20. Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios	Participar en protocolos de investigación institucional: recolección de datos, análisis de casos, presentación de resultados	Base de datos, presentación de caso clínico o artículo en elaboración
21. Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	Hacer seguimiento técnico y administrativo a los contratos asignados, verificando cumplimiento de objeto y obligaciones	Informe de supervisión de contrato con sello y firma
22. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Entregar mensualmente la constancia de pago de seguridad social (salud, pensión, ARL) al supervisor del contrato	Planilla de pago al sistema de seguridad social del mes correspondiente
23. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Ejecutar tareas adicionales asignadas por el servicio o la dirección del hospital, acordes con el perfil profesional y contrato	Evidencia de cumplimiento según la actividad asignada (acta, informe, registro)

RONALD MEZA COLON
91446480
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021