

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)

| | | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|------------------------|------------------|-------------------|-------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | JOSE MIGUEL SANCHEZ LONDOÑO | | CC: | 10258351 | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | sanchezl3000@hotmail.com | | TELÉFONO: | 3208651240 | |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | KR 8 15 54 | | CIUDAD: | BOGOTA | |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | BANCOLOMBIA | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | N° CUENTA: | 58237822445 |

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---------------------------------|------------------------------|---|---------------|
| N° DEL CONTRATO: | PS 6012 2025 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 24.840.000 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 2025/07/25 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 2025/09/01 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31 | | |



JOSE MIGUEL SANCHEZ LONDOÑO
PS_6012_2025_61FD59

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JOSE MIGUEL SANCHEZ LONDOÑO

CC: 10258351

CEL: 3208651240

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
JOSE MIGUEL SANCHEZ LONDOÑO**

CON C.C N° 10.258.351

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO ANESTESIOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

| | | | |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 6012 2025 | FECHA INICIO CONTRATO | 2025/07/25 |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|

| | | | |
|-----------------------------------|---------------|-----------------------------|------------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 26.381.000 | No. HORAS EJECUTADAS | 216 |
|-----------------------------------|---------------|-----------------------------|------------|

| | | | |
|---|---------------|--|---------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ 68.080.000 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 24.840.000 |
|---|---------------|--|---------------|

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS UNO (1) MESES Y SIETE (7) DÍAS

| | |
|--|---------------------------|
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | HOSPITAL MATERNO INFANTIL |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | SAUL ARDILA DURAN |

II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)

| | |
|-------------|--|
| ITEM | II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes) |
| 1 | Realizo valoración de pacientes del servicio de hospitalización durante cada uno de los turnos asignados en el cual se realiza la evolución, ajustes en el manejo y definición de conductas de acuerdo con la experticia clínica y las guías y protocolos institucionales de manera oportuna y pertinente orientadas al mejoramiento de la salud del paciente. Presto servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica, reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios. Realizo las actividades asistenciales según las necesidades de la SUBRED dando cobertura en las unidades donde sea requerido de acuerdo con la programación de actividades. Los equipos, elementos e instalaciones puestos a disposición para el desarrollo de mis actividades fueron usados racionalmente, no se presentaron daños ocasionados en cumplimiento o con ocasión de la prestación de mis servicios a la Subred. |

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

| ITEM | CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS | SI | NO |
|------|---|----|----|
| 1 | ¿El contrato se encuentra debidamente legalizado? | X | |
| 2 | ¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades? | X | |
| 3 | ¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP? | X | |
| 4 | ¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002? | X | |
| 5 | ¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro? | X | |

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|--------------------------|----------------|----------------------|---------------------|
| No. DE PLANILLA: | N° 7986333848 | OPERADOR: | SOI |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | SANITAS | 2025/10/09 | \$ 1.911.000 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 2025/10/09 | \$ 1.501.440 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2025/10/09 | \$ 0 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | \$ 3.412.440 |

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibr se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
- 3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
- 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



JOSE MIGUEL SANCHEZ LONDOÑO

PS_6012_2025_61FD59

JOSE MIGUEL SANCHEZ LONDOÑO

CC: 10258351

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_6012_2025_61FD59

DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

SUPERVISOR ALTERNO

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



SAUL ARDILA DURAN

PS_6012_2025_61FD59

SAUL ARDILA DURAN

SUPERVISOR DEL CONTRATO



Jose Miguel Sanchez Londoño
 NIT 10.258.351-5
 Carrera 8 N. 15 sur -54
 Tel: (57) 3208651240
 Bogotá - Colombia
 jmsanchez13000@hotmail.com



Factura Electrónica De Venta
No. 1270

| | | | |
|------------------|--|-----------------|--------------------------|
| Señores | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | |
| NIT | 900.959.051-7 | Teléfono | (601) 3444484 - Ext. 000 |
| Dirección | No aplica | Ciudad | Bogotá - Colombia |

| Fecha y hora Factura | |
|----------------------|-------------------|
| Generación | 16/10/2025, 13:43 |
| Expedición | 16/10/2025, 13:43 |
| Vencimiento | 16/10/2025 |

| Ítem | Descripción | Cantidad | Vr. Total |
|------|--|----------|---------------|
| 1 | Servicios Médicos Quirúrgicos de Anestesiología en el mes de Octubre/25. Total 216 horas | 216.00 | 24,840,000.00 |

Total items: 1

| | |
|----------------------|---------------|
| Total Bruto | 24,840,000.00 |
| Total a Pagar | 24,840,000.00 |

Valor en Letras:

Veinticuatro millones ochocientos cuarenta mil pesos m/cte

Forma de pago:

Contado

Medio de pago:

Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia \$ 24,840,000.00

Observaciones:

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764097901086 aprobado en 20250830 prefijo desde el número 1265 al 1300 Vigencia: 6 Meses**

Régimen simple de tributación - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa
CUFE: ca460f59f71b5002b2be8e026b41e64c9c9cb2d9f1b1b2330ab41d122f50c26b245300482f2ed06a9967127786b424a90

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|-----------------------------|---------------------------|------------------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 10258351 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | JOSE MIGUEL SANCHEZ LONDONO | | |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | PEREIRA DEPARTAMENTO: | RISARALDA | |
| DIRECCIÓN: | CARRERA 16 NO. 5-35 | TELÉFONO: | 3403735 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de la práctica médica, |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO | | |

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | |
|--------------------------|-------------------|----------------------|------------------|
| NÚMERO PLANILLA: | 7986333848 | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: septiembre | PERIODO COTIZACIÓN | MES: septiembre |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: 2025 | SALUD: | AÑO: 2025 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2025/10/09 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 1839917891 |

NOVEDADES

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | | | | X | | | | | | | | | |

LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | TOTALES | |
|--|--|------------|--------------|
| | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |

SALUD

| | | ADMINISTRADORA | | |
|------------------|--------|---------------------|----------|---------------------|
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8002514406 | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | \$ 1.911.000 |
| SUBTOTAL: | | | 1 | \$ 1.911.000 |

RIESGOS PROFESIONALES

| | | ADMINISTRADORA | | |
|------------------|--------|------------------|----------|-------------------|
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8909037905 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | \$ 372.500 |
| SUBTOTAL: | | | 1 | \$ 372.500 |

| | |
|------------------------|---------------------|
| VALOR SIN MORA: | \$ 2.283.500 |
| VALOR MORA: | \$ 0 |
| TOTAL PAGADO: | \$ 2.283.500 |

Balance de pagos y Balance de entregas

| | | % del valor del contrato | % del valor amortizado |
|------------------------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|
| Valor total contrato: | 68.080.000,00 COP | - | - |
| Valor anticipo: | 0,00 COP | 0% | - |
| Valor de las entregas | 0,00 COP | 0% | - |
| Valor facturado: | 0,00 COP | 0% | - |
| Valor facturado pendiente de pago: | 0,00 COP | 0% | - |
| Valor pagado: | 0,00 COP | 0% | - |
| Valor amortizado del anticipo: | 0,00 COP | 0% | 0% |
| Valor pendiente de amortizar: | 0,00 COP | 0% | 0% |
| Valor pendiente de ejecución: | 68.080.000,00 COP | 100% | - |
| Valor pendiente de entrega: | 68.080.000,00 COP | 100% | - |

Documentos de ejecución del contrato

| Descripción | Nombre del archivo | Cargado por |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 PS 6012 2025 CRP-22377.pdf | 1 PS 6012 2025 CRP-22377.pdf | Comprador Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> 8 PS 6012 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf | 8 PS 6012 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf | Comprador Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> 9 PS 1865 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf (Archivado) | 9 PS 1865 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf | Comprador Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> 9 PS 6012 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf | 9 PS 6012 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf | Comprador Descargar Detalle |

[Borrar](#) [Cargar nuevo](#)

[Volver](#)

[Imprimir](#) [Modificar](#) < >

Documento del contrato cargado

[Ayuda](#) [Español \(Colombia\)](#)



REPÚBLICA DE COLOMBIA
ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO
RADICADO No. 2025_8337272

SUB 257832

POR MEDIO DE LA CUAL SE RESUELVE UN TRÁMITE **11 AGO 2025**
ECONÓMICAS EN EL RÉGIMEN DE PRIMA MEDIA CON PRESTACION DEFINIDA.
(VEJEZ- ORDINARIA)

EL SUBDIRECTOR DE DETERMINACION DE LA DIRECCION DE PRESTACIONES ECONOMICAS DE LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, en uso de las atribuciones inherentes al cargo y,

CONSIDERANDO

Que el señor **SANCHEZ LONDOÑO JOSE MIGUEL**, identificado con CC No. 10,258,351, solicita el 24 de abril de 2025 el reconocimiento y pago de una pensión mensual vitalicia de VEJEZ, radicada bajo el No 2025_8337272.

Que el peticionario ha prestado los siguientes servicios:

| ENTIDAD LABORO | DESDE | HASTA | NOVEDAD | DIAS |
|--------------------------------|--------------|--------------|-----------------|------|
| CENTRO DE SALUD DE SAN FELIX | 1989022 2 | 1990022 1 | TIEMPO SERVICIO | 360 |
| FAC | 1990080 1 | 1991012 1 | TIEMPO SERVICIO | 171 |
| HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANT | 1991030 6 | 1991063 0 | TIEMPO SERVICIO | 115 |
| HOSPITAL SAN JOSE DE MARULANDA | 1991062 5 | 1991092 2 | TIEMPO SERVICIO | 88 |
| CLINICA PALERMO | 1992012 4 | 1992123 1 | TIEMPO SERVICIO | 343 |
| CLINICA PALERMO | 1993010 1 | 1993123 1 | TIEMPO SERVICIO | 365 |
| CLINICA PALERMO | 1994010 1 | 1994103 1 | TIEMPO SERVICIO | 304 |
| CONGREGACION DE LAS HERMANAS D | 1995010 1 | 1995013 1 | TIEMPO SERVICIO | 30 |
| CONGREGACION DE LAS HERMANAS D | 1995020 1 | 1995022 8 | TIEMPO SERVICIO | 30 |
| CONGREGACION DE LAS HERMANAS D | 1995030 1 | 1995033 1 | TIEMPO SERVICIO | 30 |
| CONGREGACION DE LAS HERMANAS D | 1995040 1 | 1995043 0 | TIEMPO SERVICIO | 30 |
| CONGREGACION DE LAS HERMANAS D | 1995050 1 | 1995053 1 | TIEMPO SERVICIO | 30 |
| CONGREGACION DE LAS HERMANAS D | 1995060 1 | 1995063 0 | TIEMPO SERVICIO | 30 |
| CONGREGACION DE LAS HERMANAS D | 1995070 1 | 1995073 1 | TIEMPO SERVICIO | 30 |
| CONGREGACION DE LAS HERMANAS D | 1995080 1 | 1995083 1 | TIEMPO SERVICIO | 30 |
| CONGREGACION DE LAS HERMANAS D | 1995090 1 | 1995093 0 | TIEMPO SERVICIO | 30 |
| CONGREGACION DE LAS HERMANAS D | 1995100 1 | 1995103 1 | TIEMPO SERVICIO | 30 |
| CONGREGACION DE LAS HERMANAS D | 1995110 1 | 1995113 0 | TIEMPO SERVICIO | 30 |

[Abrir M365 Copilot](#)



SUB 257832



Correo



Calendario



Aplicaciones