

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JORGE ALBERTO RESTREPO ESCOBAR			CC:	91222410
CORREO ELECTRÓNICO:	JARE7000@YAHOO.COM			TELÉFONO:	3158532063
DIRECCIÓN DOMICILIO:	HACIENDA FONTANAR ROBLE CS 7 CHIA			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	102348398
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1041 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.868.150	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/15	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31				
 JORGE ALBERTO RESTREPO ESCOBAR PS_1041_2025_D36D91 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JORGE ALBERTO RESTREPO ESCOBAR CC: 91222410 CEL: 3158532063					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
JORGE ALBERTO RESTREPO ESCOBAR

CON C.C N°91.222.410

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. PS 1041 2025FECHA INICIO CONTRATO2025/01/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$22.945.200No. HORAS EJECUTADAS30

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$45.221.165VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$2.868.150

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASONCE (11) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ

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)

- 1Realice las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención de su especialidad.
- 2Lleve registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.
- 3Cumpli con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.
- 4Participe en la programación de actividades del área.
- 5Reporte los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
- 6Realice resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera.
- 7Notifique los sucesos 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.
- 8Imparti instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.
- 9Diligencie en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.
- 10Diligencie el consentimiento informado acorde con la atención brindada.
- 11Practique el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.
- 12REALIZO 30 HORAS CONSULTA EXTERNA NEUROLOGIA. PROMEDIO 75 CONSULTAS Y 2 HORAS DOCENCIA.

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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 92475623	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/12/18	\$ 179.700

PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/18	\$ 227.760
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/12/18	\$ 35.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 442.560
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 ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún 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	 JORGE ALBERTO RESTREPO ESCOBAR PS_1041_2025_D36D91 JORGE ALBERTO RESTREPO ESCOBAR CC: 91222410		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ PS_1041_2025_D36D91 SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO		

JORGE ALBERTO RESTREPO ESCOBAR

NIT: 91222410-0
Régimen: No responsable de IVA
Persona Natural
KRA 8E#1A-72 TORRE 7 APTO 302, Cajic??, Cundinamarca, Colombia, CP 250240
Tel. 3158532063
Email. jare7000@yahoo.com
Autorización factura electr??nica de venta No. 18764083194072 válida desde 2024-11-12 hasta 2026-11-12 rango desde FEJ201 hasta FEJ300.

Razón Social:

NIT :

Dirección:

Teléfono:

Email:

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

900959051

DIAG 34#5-43, Bogotá, D.C., Bogot??, Colombia

3444484

contabilidad7@subredcentrooriente.gov.co

Método de pago:

Medio de Pago:

Fecha de Pago:

Total de Lineas:

Crédito

Consignación bancaria

08/01/2026

1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA :

FEJ226

MONEDA:

HORA EMISIÓN:

FECHA FIRMADO:

COP Colombia, Pesos

10:56:30

18/12/2025 15:56:31

FECHA DE EMISIÓN

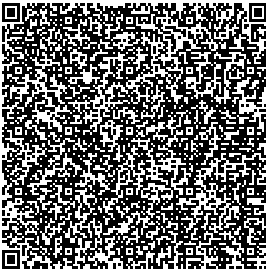
FECHA DE VENCIMIENTO

DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
18	12	2025	08	01	2026

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	001	Servicios de Neurología	ZZ	1,00	\$2.868.150,00				0,00	\$2.868.150,00

Notas: HONORARIOS DICIEMBRE 2025 SON: (dos millones ochocientos sesenta y ocho mil ciento cincuenta pesos) CUFE: 2faa86cc821845780265a8a16500c40602fe12f4f66aa1c5d615e6c7009d7138231b5db20b2fba94b42f682309c383dd	Subtotal:	\$2.868.150,00
	Cargos:	\$0.00
	Descuento:	\$0.00
	Total:	\$2.868.150,00

Firma Digital: UjGw9xbkHdHjzXIZRFi4/2HXY0UtMBQnfBgR0E6ZcPPH6zxJoMAdEsADSwAjZna
VSRx29tzUuc12dh8N04PimkLs1/Ysbqt/2ERKXE9fkh80F0gCO
z5x0+xF8in85Qt joVzXT0ItJbfyk1F7u4zfDr+NF1GM+avyF0aDS4htpHsof13OGgVECEtbtwbZuxM WUqaA58pRJO821gSHLv/gLjhQ7qqFI4J9rw
4s5GXG1f++enjNTtoilFPfm403RiL +P1GrIR1c3CRYnsMz1gldeVhUigRQsBqMDU+Jl4sHmValZxzjel20rpPR00nJPic /D893SEvsP5tIzIdB+ii
Zg==
Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.
Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.



DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	91222410	JORGE ALBERTO RESTREPO ESCOBAR		Km. 2 Via Cajica Casa 7	8634145	jare7000@yahoo.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	CHÍA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-11	2025-11	I	18/12/2025	92475623	10
					TOTAL A PAGAR
					\$214.800

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	178.000	0		0		0	15	1.700	0	179.700	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados

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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	34.700				34.700	15	400	35.100			347	35.100	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
SENA				
0	15	0	0	0
ICBF				
0	15	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	179.700
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	34.700	35.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	212.700	214.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	91222410	JORGE ALBERTO RESTREPO ESCOBAR		Km. 2 Vía Cajica Casa 7	8634145	jare7000@yahoo.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	CHÍA	
						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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-11	2025-11	I	18/12/2025	92475623	10
					TOTAL A PAGAR
					\$214.800

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	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	91222410	RESTREPO ESCOBAR JORGE ALBERTO	59	2			N																			0	0	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-7	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

REPUBLICA DE COLOMBIA

ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO
RADICADO No. 2025_1015488

SUB 32922
31 ENE 2025

Por la cual se reconoce y ordena el pago de una pensión mensual vitalicia de VEJEZ

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 (la) señor(a) **RESTREPO ESCOBAR JORGE ALBERTO**, identificado(a) con CC No. 91,222,410, solicita el 24 de enero de 2025 el reconocimiento y pago de una pensión mensual vitalicia de VEJEZ, radicada bajo el No 2025_1015488.

Que el (la) peticionario(a) ha prestado los siguientes servicios:

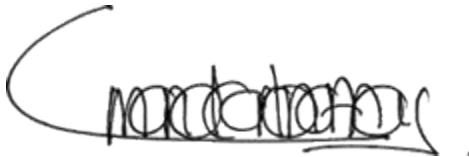
ENTIDAD LABORO	DESDE	HASTA	NOVEDAD	DIAS
1 CLINICA SAN RAFAEL	19960401	19960430	TIEMPO SERVICIO	30
1 CLINICA SAN RAFAEL	19960501	19960531	TIEMPO SERVICIO	30
1 CLINICA SAN RAFAEL	19960601	19960630	TIEMPO SERVICIO	30
ESE SANTA CLARA	19960601	19960628	TIEMPO SERVICIO	28
1 CLINICA SAN RAFAEL	19960701	19960731	TIEMPO SERVICIO	30
ESE SANTA CLARA	19960701	19960731	TIEMPO SERVICIO	30
1 CLINICA SAN RAFAEL	19960801	19960831	TIEMPO SERVICIO	30
ESE SANTA CLARA	19960801	19960831	TIEMPO SERVICIO	30
1 CLINICA SAN RAFAEL	19960901	19960930	TIEMPO SERVICIO	30
ESE SANTA CLARA	19960901	19960930	TIEMPO SERVICIO	30
1 CLINICA SAN RAFAEL	19961001	19961031	TIEMPO SERVICIO	30
ESE SANTA CLARA	19961001	19961031	TIEMPO SERVICIO	30
1 CLINICA SAN RAFAEL	19961101	19961130	TIEMPO SERVICIO	30
ESE SANTA CLARA	19961101	19961130	TIEMPO SERVICIO	30
1 CLINICA SAN RAFAEL	19961201	19961231	TIEMPO SERVICIO	30
ESE SANTA CLARA	19961201	19961231	TIEMPO SERVICIO	30
1 CLINICA SAN RAFAEL	19970101	19970131	TIEMPO SERVICIO	30
ESE SANTA CLARA	19970101	19970131	TIEMPO SERVICIO	30
1 CLINICA SAN RAFAEL	19970201	19970228	TIEMPO SERVICIO	30
ESE SANTA CLARA	19970201	19970228	TIEMPO SERVICIO	30
1 CLINICA SAN RAFAEL	19970301	19970331	TIEMPO SERVICIO	30
ESE SANTA CLARA	19970301	19970331	TIEMPO SERVICIO	30
1 CLINICA SAN RAFAEL	19970401	19970430	TIEMPO SERVICIO	30
ESE SANTA CLARA	19970401	19970430	TIEMPO SERVICIO	30
1 CLINICA SAN RAFAEL	19970501	19970531	TIEMPO SERVICIO	30
ESE SANTA CLARA	19970501	19970531	TIEMPO SERVICIO	30
1 CLINICA SAN RAFAEL	19970601	19970630	TIEMPO SERVICIO	30
ESE SANTA CLARA	19970601	19970630	TIEMPO SERVICIO	30
1 CLINICA SAN RAFAEL	19970701	19970731	TIEMPO SERVICIO	30
ESE SANTA CLARA	19970701	19970731	TIEMPO SERVICIO	30
1 CLINICA SAN RAFAEL	19970801	19970831	TIEMPO SERVICIO	30
ESE SANTA CLARA	19970801	19970831	TIEMPO SERVICIO	30
1 CLINICA SAN RAFAEL	19970901	19970930	TIEMPO SERVICIO	30
ESE SANTA CLARA	19970901	19970930	TIEMPO SERVICIO	30

SUB 32922
31 ENE 2025

ARTÍCULO QUINTO: Notifíquese al (la) Señor (a) **RESTREPO ESCOBAR JORGE ALBERTO** haciéndole saber que contra el presente acto administrativo puede interponer por escrito los recursos de Reposición y/o Apelación. De estos recursos podrá hacerse uso dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación, manifestando por escrito las razones de inconformidad, según el C.P.A.C.A.

Dada en Bogotá, D.C. a:

COMUNIQUESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ingrid Ariza', with a large, sweeping initial 'C' on the left.

INGRID CAROLINA ARIZA CRISTANCHO
SUBDIRECTORA DE DETERMINACION III
COLPENSIONES

LIQUIDADOR
ANALISTA COLPENSIONES

REVISOR AUTOMATICO

Documentos de ejecución del contrato

Descripción		Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 1041 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 1041 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1041 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 1041 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1041 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 1041 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1041 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	PS 1041 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1041 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 1041 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1041 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 1041 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1041 2025 CRP-4434.pdf	1 PS 1041 2025 CRP-4434.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1041 2025 CRP-14908.pdf	2 PS 1041 2025 CRP-14908.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1041 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 1041 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3 PS 1041 2025 CRP-18612.pdf	3 PS 1041 2025 CRP-18612.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1041 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 1041 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1041 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 1041 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	NC ADI PRO CDP 2994.zip	NC ADI PRO CDP 2994.zip	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1041 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 1041 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1041 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 1041 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle