SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)					
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					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1623 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 23.812.920**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/06/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31**				

JOSE MIGUEL SANCHEZ LONDOÑO
PS_1623_2026_A5B24F

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JOSE MIGUEL SANCHEZ LONDOÑO
CC: 10258351
CEL: 3208651240

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** AP-IA-FT-077 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

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 COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-MEDICINA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1623 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 86.847.120	**No. HORAS EJECUTADAS**	**204**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 136.457.370	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 23.812.920
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL MATERNO INFANTIL		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SAUL ARDILA DURAN		

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. REALIZAR LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS DETERMINADOS DENTRO DEL PLAN DE MANEJO DE SU ESPECIALIDAD, CON ALTO NIVEL CIENTIFICO, ETICO Y HUMANO, GARANTIZANDO UNA ATENCION OPORTUNA, SEGURA, EMPATICA Y CENTRADA EN EL PACIENTE, RESPETANDO SU DIGNIDAD, AUTONOMIA, CREENCIAS, VALORES Y NECESIDADES BIOPSICOSOCIALES, PROCURANDO SIEMPRE EL MEJORAMIENTO DE SU ESTADO DE SALUD Y BIENESTAR INTEGRAL. 2. BRINDAR ATENCION EN SALUD CON OPORTUNIDAD, INTEGRALIDAD, SUFICIENCIA Y PERTINENCIA, GARANTIZANDO UN TRATO DIGNO, RESPETUOSO, EMPATICO Y CENTRADO EN EL PACIENTE Y SU FAMILIA, EN CONCORDANCIA CON LOS PRINCIPIOS INSTITUCIONALES. 3. INFORMAR DE MANERA CLARA, COMPRENSIBLE Y OPORTUNA AL PACIENTE Y SU FAMILIA SOBRE LA CONDICION CLINICA, EVOLUCION, PLAN TERAPEUTICO, RIESGOS, BENEFICIOS, PRONOSTICO Y RECOMENDACIONES, PROMOVIENDO LA TOMA DE DECISIONES INFORMADAS Y LA SATISFACCION CON LA ATENCION RECIBIDA. 4. RESPETAR LOS DERECHOS DEL PACIENTE, CUMPLIR EL CODIGO DE ETICA MEDICA Y LAS DISPOSICIONES LEGALES VIGENTES APLICABLES A LOS SERVICIOS DONDE SE PRESTE LA ATENCION. 5. GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DEL PROCESO ASISTENCIAL MEDIANTE LA COMUNICACION EFECTIVA DE LA INFORMACION CLINICA RELEVANTE AL EQUIPO DE SALUD, ASEGURANDO QUE EL ESTADO DEL PACIENTE, LAS CONDUCTAS INSTAURADAS Y LAS RECOMENDACIONES QUEDEN CLARAMENTE REGISTRADAS DE MANERA COMPLETA, OPORTUNA, LEGIBLE Y VERAZ; ASI COMO, LAS ATENCIONES, PROCEDIMIENTOS, INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES REALIZADAS, INCLUYENDO CONSENTIMIENTOS INFORMADOS, REPORTES DE ESTUDIOS Y DEMAS SOPORTES EXIGIDOS POR LA NORMATIVIDAD VIGENTE PRESERVANDO LA CONFIDENCIALIDAD Y RESERVA DE LA INFORMACION CLINICA Y DE LOS REGISTROS ASISTENCIALES. 6. CONTRIBUIR EN INVESTIGACIONES CLINICAS, ESTUDIOS DE CASOS Y ANALISIS ORIENTADOS A LA MEJORA CONTINUA DE LA ATENCION Y A LA RESOLUCION DE PROBLEMATICAS PROPIAS DE SU ESPECIALIDAD. APOYAR LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA EN SERVICIO Y FORMACION DEL TALENTO HUMANO EN SALUD, CUANDO SEA REQUERIDO. 7. NOTIFICAR OPORTUNAMENTE LOS SUCESOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUE SE PRESENTEN DURANTE LA ATENCION, PARTICIPANDO EN LOS ANALISIS Y EN LA IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS. ASI COMO REPORTAR OPORTUNAMENTE LOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CONFORME A LOS TIEMPOS Y LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE. 8. APOYAR LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LOS PROCESOS DE HABILITACION, ACREDITACION Y MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD. 9. PRESTAR LOS SERVICIOS CONFORME A LA PROGRAMACION DE ACTIVIDADES DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LOS SERVICIOS CONCERTADOS CON LA SUPERVISION DEL CONTRATO, INFORMANDO OPORTUNAMENTE AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE PUEDA AFECTAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, FACILITANDO LA ADOPCION DE MEDIDAS QUE GARANTICEN LA PRESTACION DEL SERVICIO. 10. CONTRIBUIR CON LA ELABORACION, ACTUALIZACION, IMPLEMENTACION Y/O ADOPCION DE GUIAS, MANUALES, PROTOCOLOS, INSTRUCTIVOS Y PROCEDIMIENTO INSTITUCIONALES. 11. CONTRIBUIR CON LA ELABORACION DE RESPUESTAS A QUEJAS, REQUERIMIENTOS, PETICIONES Y SOLICITUDES RELACIONADAS CON SU PROCESO DE ATENCION DEMAS RELACIONADOS. 12. CONTRIBUIR CON EL PROCESO DE RESPUESTA RELACIONADO CON AUDITORIA DE CUENTAS, CON EL FIN DE PREVENIR GLOSAS DEFINITIVAS U OBJECIONES. 13. CUMPLIR CON LOS COMPROMISOS ADQUIRIDOS RELACIONADOS CON PLANES DE MEJORA, ACTAS DE COMPROMISO Y REQUERIMIENTOS FORMULADOS POR LA SUPERVISION DEL CONTRATO. 14. ASISTIR Y PARTICIPAR ACTIVAMENTE A JORNADAS DE CAPACITACION, INDUCCION, REUNIONES, COMITES Y DEMAS ESPACIOS INSTITUCIONALES A LOS QUE SEA CONVOCADO, RELACIONADOS CON EL OBJETO CONTRACTUAL. 15. UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS, INSTALACIONES Y RECURSOS

1	SUMINISTRADOS POR LA SUBRED PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES CONTRATADAS. RESPONDER POR LA REPOSICION O REPARACION DE EQUIPOS CUANDO EL DAÑO SEA ATRIBUIBLE A NEGLIGENCIA O USO INADECUADO; EJERCIENDO SU CUSTODIA ENTENDIDA COMO LA RESPONSABILIDAD POR SU CUIDADO, CONSERVACION, USO ADECUADO CONTROL Y SEGURIDAD MIENTRAS PERMANEZCA BAJO SU ASIGNACION Y USO. REPORTAR AL AREA CORRESPONDIENTE LOS EQUIPOS DE PROPIEDAD DEL CONTRATISTA DESTINADOS A LA ATENCION ASISTENCIAL. 16. ACREDITAR INSCRIPCION Y HABILITACION VIGENTE EN RETHUS, MIPRES Y RUAF DE ACUERDO A SU OBJETO CONTRACTUAL. PORTAR EL CARNE INSTITUCIONAL DURANTE LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES. 17. ACREDITAR EL PAGO OPORTUNO DE LOS APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO. 18. CUMPLIR CON LAS DEMAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL OBJETO CONTRACTUAL Y AQUELLAS ASIGNADAS POR LA SUPERVISION.

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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 6016224634	OPERADOR:	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/05/15	$ 2.376.700
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/05/15	$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/15	$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 2.376.700

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 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_1623_2026_A5B24F* **JOSE MIGUEL SANCHEZ LONDOÑO** **CC: 10258351**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1623_2026_A5B24F* **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_1623_2026_A5B24F* **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
jmsanchezl3000@hotmail.com

Factura Electrónica De Venta
No. 1284

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

Fecha y hora Factura	
Generación	27/05/2026, 20:02
Expedición	27/05/2026, 20:02
Vencimiento	27/05/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Servicios Médicos Quirúrgicos de Anestesiología en el mes deMayo/26	204.00	23,812,920.00

Total items: 1

Total Bruto	23,812,920.00
Total a Pagar	23,812,920.00

Valor en Letras:
Veintitres millones ochocientos doce mil novecientos veinte pesos m/cte

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia $ 23,812,920.00

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 18764106580697 aprobado en 20260301 prefijo desde el número 1279 al 1300 Vigencia: 6 Meses**
Régimen simple de tributación - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa
CUFE: 0930e5389fa21ea25929071a1f438e7335bae5379d5862ed884c6053ce7e72840484010a829906912372902e9ba5190f

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

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:	**6016224634**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		1			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/05/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		311143653

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	$ 2.376.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 2.376.700**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 463.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 463.300**

VALOR SIN MORA:	**$ 2.837.900**
VALOR MORA:	**$ 2.100**
TOTAL PAGADO:	**$ 2.840.000**

Planilla Pagada

9 Incumplimientos

Balance de pagos y Balance de entregas

		% del valor del contrato	% del valor amortizado
Valor total contrato:	136.457.370,00 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:	136.457.370,00 COP	100%	-
Valor pendiente de entrega:	136.457.370,00 COP	100%	-

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1 PS 1623 2026 CRP -10183.pdf	1 PS 1623 2026 CRP -10183.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1. PS 1623 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	1. PS 1623 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. PS 1623 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	2. PS 1623 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3. PS 1623 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	3. PS 1623 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

4:10 5G 20

Acto administrativo de reconocimie...
PDF

REPÚBLICA DE COLOMBIA
ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

RESOLUCIÓN NUMERO
RADICADO No. 2025_8337272

SUB 257832
11 AGO 2025

POR MEDIO DE LA CUAL SE RESUELVE UN TRÁMITE I[illegible]
ECONÓMICAS EN EL RÉGIMEN DE PRIMA MEDIA CON PR[illegible]
(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	19890222	19900221	TIEMPO SERVICIO	360
FAC	19900801	19910121	TIEMPO SERVICIO	171
HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANT	19910301	19910630	TIEMPO SERVICIO	115
HOSPITAL SAN JOSE DE MARMLANDA	19910621	19910920	TIEMPO SERVICIO	88
CLINICA PALERMO	19920224	19921231	TIEMPO SERVICIO	343
CLINICA PALERMO	19930101	19931231	TIEMPO SERVICIO	365
CLINICA PALERMO	19940101	19941031	TIEMPO SERVICIO	304
CONGREGACION DE LAS HERMANAS D	19950101	19950131	TIEMPO SERVICIO	30
CONGREGACION DE LAS HERMANAS D	19950201	19950228	TIEMPO SERVICIO	30
CONGREGACION DE LAS HERMANAS D	19950301	19950331	TIEMPO SERVICIO	30
CONGREGACION DE LAS HERMANAS D	19950401	19950430	TIEMPO SERVICIO	30
CONGREGACION DE LAS HERMANAS D	19950501	19950531	TIEMPO SERVICIO	30
CONGREGACION DE LAS HERMANAS D	19950601	19950630	TIEMPO SERVICIO	30
CONGREGACION DE LAS HERMANAS D	19950701	19950731	TIEMPO SERVICIO	30
CONGREGACION DE LAS HERMANAS D	19950801	19950831	TIEMPO SERVICIO	30
CONGREGACION DE LAS HERMANAS D	19950901	19950930	TIEMPO SERVICIO	30
CONGREGACION DE LAS HERMANAS D	19951001	19951031	TIEMPO SERVICIO	30
CONGREGACION DE LAS HERMANAS D	19951101	19951116	TIEMPO SERVICIO	30