

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
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 1995 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.523.040	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 JORGE ALBERTO RESTREPO ESCOBAR PS_1995_2026_510A54 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 COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA NEUROLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1995 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 23.289.600	No. HORAS EJECUTADAS	26
----------------------------	---------------	----------------------	----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 23.289.600	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.523.040
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES
---	----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
---	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ
------------------------	-------------------------------

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	Realice las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención de mi especialidad.
2	Lleve 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.
3	Cumpli con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.
4	Participe en la programación de actividades del área.
5	En el mes de junio no reporte eventos de notificación obligatoria ya que no se presentaron durante la atención.
6	Realice resúmenes de historia clínica, epícrisis u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera.
7	En el mes de junio no realice notificación de sucesos de calidad ya que no se presentaron en el servicio.
8	Imparti instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.
9	Diligencie en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.
10	Practique el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.
11	REALIZO 26 HORAS CONSULTA EXTERNA NEUROLOGIA, SE PROGRAMAN 37 CUPOS PARA CONSULTA, 2 HORAS DE 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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 92848362	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/06/22	\$ 222.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/06/22	\$ 280.142

RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/06/22	\$ 43.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 545.442
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_1995_2026_510A54 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_1995_2026_510A54 SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO		

JORGE ALBERTO RESTREPO ESCOBAR

NIT: 91222410 - 0

Régimen: No responsable de IVA

Persona Natural

Dirección: KRA 8E#1A-72 TORRE 7 APTO 302, CAJICÁ, Cundinamarca, Colombia

Tel. 3158532063

Email. jare7000@yahoo.com

Autorización factura electrónica de venta No: 18764083194072 válida desde 2024-11-12 hasta 2026-11-12 rango desde FEJ201 hasta FEJ300

Nombre/Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

NIT: 900959051

Dirección: DIAG 34#5-43, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia

Teléfono: 3444484

Email: contabilidad7@subredcentrooriente.gov.co

Forma de pago: Crédito

Medio de pago: Consignación bancaria

Fecha de Pago: 10/07/2026

Total de Lineas: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA: FEJ239

MONEDA: COP Peso colombiano

HORA EMISIÓN: 06:57:00

FECHA FIRMADO: 26/06/2026 06:57:02

FECHA DE EMISIÓN

DÍA	MES	AÑO
26	06	2026

FECHA DE VENCIMIENTO

DÍA	MES	AÑO
10	07	2026

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	001	Servicios de Neurología	ZZ	1,00	\$2.523.040,00				\$0,00	\$2.523.040,00

Notas: HONORARIOS JUNIO2026

SON: (dos millones quinientos veintitrés mil cuarenta pesos con cero centavos)

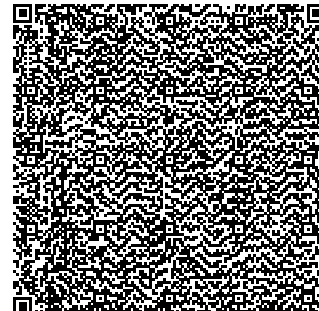
CUFE: e7a4b33fae89d99af1bed7e5a945ae78577d2d83e6924e4c16d929f14c9b9f78fecca8f43be5033f6331a7ba7d6a2cbd

Subtotal:	\$2.523.040,00
Cargos:	\$0,00
Descuentos:	\$0,00
Total:	\$2.523.040,00

Firma Digital: Vr+Ld4kAKPA/98HSKjCGJLR+H9zJjQzt6skOYPCnJtI7hAKkGPr62GSUyl8eQEUB
aR+kjM4Pw3VZd9IzEzYr/d0qTZ13Uwln6YQXF/4H1pyXID9QLJZGDh/bro2sr23l
1M8BFZgDLumcN+w/5u4Jt0IVWSgH1nmqc9IaZ0t8GHIwgbC24+u0p/yzDvUj9gLZ
m/4++wFJAGMN7VDPE3Bx9cCuA2sA5oHIB2GPKxw2gjXm2deTqlhhiWiD3aeo15wu
ZMC+sM0L1ToGEjmL9OF+3gYBbqHVxS+9Y7WSJOR3GYtGdytnhX7wm/hZZXRel9dz
qXSCUp0LlsmH5HEqE5+ZbQ==

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 Electrónica de Venta..



DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92848362	22/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$265.300	

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	218.900	0		0		0	19	3.100	0	222.000	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	42.700				42.700	19	600	43.300			427	43.300	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	19	0	0	0
ICBF				
0	19	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	222.000
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	42.700	43.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	261.600	265.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92848362	22/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$265.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	INS	RET	TDE	TAE	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	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	0	0	EPS005	1.750.905	30	218.900	14-7	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

[Escritorio](#) → [Menú](#) → [Administración de contratos](#) → **Ver contrato**

1 Información general

Datos guardados

2 Condiciones

Cancelar

 $\wedge$

Evaluación de la Entidad Estatal

>

3 Bienes y servicios

VER CONTRATO

4 Documentos del Proveedor

Ejecución del Contrato

5 Documentos del contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

6 Información presupuestal

Plan de Pagos

7 Ejecución del Contrato

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

8 Modificaciones del Contrato

9 Incumplimientos

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		
☐	1. PS 1995 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	1. PS 1995 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1995 2026 CRP -8874.pdf	1 PS 1995 2026 CRP -8874.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. PS 1995 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	2. PS 1995 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3. PS 1995 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	3. PS 1995 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4. PS 1995 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	4. PS 1995 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

 $\wedge$

Evaluación de la Entidad Estatal

>

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:

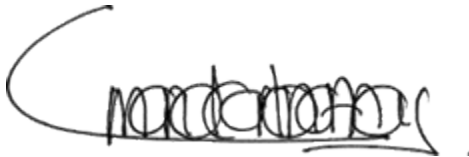
ENTIDAD LABORO	DESDE	HASTA	NOVEDAD	DIAS
1 CLINICA SAN RAFAEL	19960401	19960430	TIEMPO SERVICIO	30
1 CLINICA SAN RAFAEL	19960501	19960531	TIEMPO SERVICIO	30
1 CLINICA SAN RAFAEL	19960601	19960630	TIEMPO SERVICIO	30
ESE SANTA CLARA	19960601	19960628	TIEMPO SERVICIO	28
1 CLINICA SAN RAFAEL	19960701	19960731	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



INGRID CAROLINA ARIZA CRISTANCHO
SUBDIRECTORA DE DETERMINACION III
COLPENSIONES

LIQUIDADADOR
ANALISTA COLPENSIONES

REVISOR AUTOMATICO