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 – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO**
**FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO**

**CÓDIGO: AP-IA-FT-014**
**VERSIÓN: 02**
**FECHA: 2020-05-04**

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO - OPS:** | PS43532021 | **C.D.P. No.:** | 750 | **Proceso al que pertenece:** | MISIONAL-HOSPITALIZACION |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | UMHES SAN BLAS |

**Nombre del Contratista:** DEISY CRISTINA COCA BELLO **C.C.** 1.026.271.509 **de:** BOGOTÁ D.C.

**Fecha Inicio:** 2020-03-22 **Fecha Terminación incial:** 2021-04-30 **Valor Mensual:** $ 8.608.000 **Valor a cobrar:** $ 8.608.000

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 13.184.000 | 1220 | 2021-05-23 | 2021-06-14 |
| 2 | $ 12.544.000 | 1759 | 2021-06-15 | 2021-08-15 |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

| N° CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | MARZO | $ 2.112.000 | $ 1.714.500 | 47993432-19820244 |
| 2 | ABRIL | $ 8.640.000 | $ 1.661.200 | 49242176 |
| 3 | MAYO | $ 8.640.000 | $ 1.069.200 | 50017899 |
| 4 | JUNIO | $ 8.640.000 | $ 1.069.200 | 50638783 |
| 5 | JULIO | $ 8.608.000 | $ 1.069.200 | 51969808 |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

Resumen de contrato

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 10.944.000 | $ 36.672.000 | $ 36.640.000 | $ 32.000 |

## 2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE MEDICO GENERA , PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA , CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2021-07-01 **Hasta:** 2021-07-31

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCION DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Realizar las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo, con un alto nivel científico, ético y humano, de una manera oportuna y pertinente , en correspondencia con las necesidades de los pacientes, y teniendo en cuenta que todas las decisiones clínicas generadas en la atención médica, procurarán el mejoramiento de la salud del paciente, el uso racional del conocimiento médico y de los recursos disponibles | Se ejecutaron las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo, con un alto nivel científico, ético y humano, de una manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes, y teniendo en cuenta que todas las decisiones clínicas generadas en la atención médica, procuraran el mejoramiento de la salud del paciente, el uso racional del conocimiento médico y de los recursos disponibles. | Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña). |
| 2 | Brindar una atencion en salud con oportunidad, integridad, suficiencia y pertinencia, en un ambiente de atencion personalizada y humanizada, cumpliendo con el principio de equidad y con enfasis en las actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guias de atencion, de acuerdo a los estandares de habilitacion y acreditacion. | Los pacientes asignados fueron atendidos oportuna e integralmente, individualizando el plan de manejo en términos de suficiencia y pertinencia de acuerdo con las necesidades individuales, cumpliendo con el principio de equidad inherente a las actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guias de atención institucionales para cumplir con los estándares de habilitación y procurando alcanzar los definidos para la acreditación. | Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña). |
| 3 | Realizar las actividades según las necesidades de la subred dando cubertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido | Las actividades programadas se desarrollaron según las necesidades de la subred, dando cubertura en todas las unidades donde fueron requeridos los servicios. | Cuadros de programación de actividades firmados por el referente de servicio y la dirección de hospitalización de la Subred |
| 4 | Informar al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resolver inquietudes relacionadas con el proceso de atención. | Se informó al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, preguntando a los usuarios sobre su satisfacción con los servicios prestados y resolviendo las inquietudes relacionadas con el proceso de atención. | Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña). |
| 5 | Diligenciar los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita 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. | Las actividades, procedimientos e intervenciones desarrolladas quedan registradas en el módulo de historias clínicas del sistema de información Dinámica Gerencial Hospitalaria, de modo que es posible obtener los informes estadísticos que la institución requiera. Los mismos registros constituyen el insumo requerido en los procesos de costeo y facturación. | Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña). |
| 6 | Respetar los derechos del paciente, cumplir el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención | Durante el proceso de atención se respetaron los derechos del paciente, y se aplicó lo dispuesto en la Ley de ética médica, atendiendo a las demás disposiciones legales aplicables a la práctica profesional. | Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y |

Escaneado con CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| 7 | Realizar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados | Se impartieron las instrucciones al equipo de salud para el seguimiento y control de los pacientes a cargo. | Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y |
| 8 | Emitir conceptos médicos que se le requieran, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados. | Se emitieron los conceptos médicos en las valoraciones, evoluciones, epicrisis y demás registros clínicos, documentos asistenciales y administrativos requeridos para garantizar la prestación de los servicios. | Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña). |
| 9 | Diligenciar en forma completa, oportuna, sistematizada y legible la historia clinica del paciente (en los casos en que se presenten fallas del sistema, los formatos) , consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con firma y sello | Los registros clínicos se hicieron completos y oportunos, con una correcta redacción y digitación en la historia clinica electrónica del paciente, respaldando lo actuado con la firma electrónica resguardada con mi usuario personal e intransferible y la respectiva contraseña. Los formatos manuales se cumplimentaron en todos sus campos garantizando legibilidad y responsabilizándome de lo registrado con firma, nombre y número de documento. | Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña). |
| 10 | Garantizar la debida reserva de la información del paciente y de los registros clinicos. | La custodia de la información contenida en historia clínica se garantiza mediante los protocolos de seguridad del sistema de información. Se mantuvo la reserva de información clínica en los terminos de la Resolución 1995/1999. | Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y |
| 11 | Utilizar de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los datos se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos. | 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. | Reportes de tecnovigilancia y activos fijos. |
| 12 | Reportar al área de Recursos Físicos – Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales. | Los equipos de mi propiedad destinados al cumplimiento de las actividades asistenciales permanecen bajo mi custodia y son retirados de la institución al concluir las actividades. No uso equipo para el cumplimiento de mi objeto contractual que requiera ser reportado a Activos Fijos. | No aplica documentación o evidencia para esta obligación. |
| 13 | El contratista deberá responder por la seguridad y mantenimiento de los equipos que se encuentran bajo su custodia. | La Subred no me ha encargado la custodia de equipos para el cumplimiento de mis actividades contractuales. | No aplica documentación o evidencia para esta obligación. |
| 14 | Apoyar la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio. | Se participa activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad asignadas por el supervisor de contrato o líder de servicio. | Respuesta a comunicaciones del supervisor de contrato a la dirección de correo electrónico institucional hospitalizacionsanblas@subredcentrooriente.gov.co |
| 15 | Prestar el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EAPB. | Se concertaron las actividades mensuales informando al supervisor de contrato: disponibilidad, novedades sobre la programación inicial, eventualidades, cambios de turno y cumplimiento de actividades. | Cuadros de programación de actividades firmados por el referente de servicio y la dirección de hospitalización de la Subred y comunicación de novedades al supervisor de contrato enviadas al correo electrónico institucional hospitalizacionsanblas@subredcentrooriente.gov.co |
| 16 | Notificar los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso atención paciente y apoyar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | Notificacion de eventos relacionados a la antecion segura a jefe de turno. | No fui requerido para elaboración de conceptos técnicos durante el periodo certificado. |
| 17 | Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | Elaboracion de fichas de notificacion | Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y |
| 18 | Apoyar las actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud. | Se participa en la elaboración y puesta en practica de espacios academicos que faciliten el aprendizaje y mejore la prestacion del servicio. | No hay personal en formación asignado al servicio, debido a la emergencia sanitaria por la atención de pacientes con COVID- |
| 19 | Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad. | Cuando lo requiere la sub red se realiza la instrucción a la comunidad sobre la prevencion de enfermedades. | No fui requerido para elaboración de respuesta a objeciones iniciales durante el periodo certificado. |
| 20 | Asistir a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado. | Cuando requiere se presta la debida asistencia a los espacios de capacitacion. | Listas de asistencia. |

Escaneado con CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| 21 | Informar oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones. | Se reportaron las novedades pertinentes al cumplimiento de las actividades al jefe de servicio. | Registro del jefe de turno de las novedades generadas. |
| 22 | Facilitar las labores de supervisión, evaluación y control que la SUBRED realice en forma directa por la Subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o a través de terceros. | Se facilito a la SUBRED las labores de supervisión, evaluación y control | Uso de plataforma digital para vigilancia y control de las actividades |
| 23 | Cumplir oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad. | Se cumplio oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad. | Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y |
| 24 | Acreditar inscripción en el RETHUS, MIPRES y RUAF. | Se certifico la inscripcion en el RETHUS, MIPRES y RUAF. | Entrega de documentos completos del contrato. |
| 25 | Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales. | Se porto el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales. | Resgisto de ingreso y salida de turno. |
| 26 | Prestar el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades. | Se informó al supervisor del contrato sobre las actividades presentadas durante el cumplimiento de mis obligaciones. | Registro de cuadro de turnos generado por el jefe del servicio. |
| 27 | Participar en las investigaciones y estudios específicos de casos tendientes a resolver causas y soluciones a problemas propios de su especialidad relacionados contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. | .No fui requerido para elaboración de respuesta a objeciones iniciales durante el periodo certificado | No aplica documentación o evidencia para esta obligación. |

**Observaciones:**

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

**Firma del Contratista**

C.C. 1.026.271.509 de BOGOTÁ D.C.

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | EDGAR URIEL JARA HERRERA |
| CARGO: | LIDER UMHES SAN BLAS |
| FIRMA | |

Escaneado con CamScanner

Cuenta de cobro (07) - 2021

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

**Nit. 900.959.051-7**

**DEBE A:**

DEISY CRISTINA COCA BELLO

C.C. 1026271509 de Bogotá

**LA SUMA DE:**

**OCHO MILLONES SEISCIENTOS OCHO MIL PESOS ($8.608.000)**

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 4353 de 2021 correspondiente al mes de Julio de 2021

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES (DE SU PROFESIÓN), CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Cordialmente,**

DEISY CRISTINA COCA BELLO
C.C: 1026271509
Teléfono: 3214635567
Dirección: CALLE 22 A SUR NÚMERO 1 A 10
Número de cuenta: 731-08384-8
Tipo de cuenta: AHORROS
Banco: ITAÚ
Fecha de generación de cuenta: 30/07/2021

Escaneado con CamScanner

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1026271509 | DEISY CRISTINA COCA BELLO | Cll 20a sur # 1a-10 | 3670412 | NORIDA013@HOTMAIL.COM | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| UNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ. D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2021-06 | 2021-06 | I | 14/07/2021 | 51969808 | $1.069.200 | |

## 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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 432.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 432.000 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 553.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 553.000 | 1 |

**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 | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 84.200 | | | | 84.200 | 0 | 0 | 84.200 | | | 842 | 84.200 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

OK

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 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 | 432.000 | 432.000 ✓ |
| Pensión | 1 | 553.000 | 553.000 ✓ |
| Riesgos Laborales | 1 | 84.200 | 84.200 ✓ |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 1.069.200 | 1.069.200 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Escaneado con CamScanner

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ | PS43532021 junio.pdf | PS43532021 junio.pdf | Proveedor | Descargar |

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) 018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.



Escaneado con CamScanner

Editar

Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC -5 15:48:40
DEISY CAROLINA CO...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

Id de página:: 23000726 Ayuda

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? Sí 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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | marzo.pdf (Archivado) | marzo.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | marzo 1.pdf (Archivado) | marzo 1.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | PS43532021 - MARZO 1.pdf (Archivado) | PS43532021 - MARZO 1.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | PS435323021 - MARZO.pdf (Archivado) | PS435323021 - MARZO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | ps43532021 abril.pdf | ps43532021 abril.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | ps43532021 mayo deisy.pdf | ps43532021 mayo deisy.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | pa43532021 junio.pdf | pa43532021 junio.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |



Escaneado con CamScanner