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:** | PS 6521 2021 | **C.D.P. No.:** | 2033 | **Proceso al que pertenece:** | DIRECCION NTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | UMHES SANTA CLARA |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre del Contratista:** | DIANA MARCELA GAMBA HERNANDEZ | **C.C.** | 1.098.661.787 | **de:** | BUCARAMANGA | | |
| **Fecha Inicio:** | 2021-06-23 | **Fecha Terminación incial:** | 2021-08-15 | **Valor Mensual:** | $ 3.570.000 | **Valor a cobrar:** | $ 3.264.000 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 1.360.000 | 2223 | 2021-07-07 | 2021-07-21 |
| 2 | $ 1.360.000 | 2305 | 2021-07-16 | 2021-08-01 |
| 3 | $ 1.904.000 | 2479 | 2021-07-28 | 2021-08-17 |
| 4 | $ 3.451.000 | 2607 | 2021-08-10 | 2021-09-15 |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | JUNIO | $ 1.224.000 | $ 427.300 | 9420939653 |
| 2 | JULIO | $ 2.278.000 | $ 424.200 | 9422112323 |
| 3 | JULIO | $ 1.020.000 | $ 424.200 | 9422112323 |
| 4 | AGOSTO | $ 3.264.000 | $ 414.100 | 9423404175 |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |

| Resumen de contrato | VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|---|
| | $ 2.142.000 | $ 10.217.000 | $ 7.786.000 | $ 2.431.000 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS COMO ENFERMERA II DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2021-08-01 **Hasta:** 2021-08-31

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO 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. | APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID | FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL |
| 2 | Brindar una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con énfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención, de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación. | APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID | FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL |
| 3 | Prestar sus servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales. | APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID | FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL |
| 4 | Realizar las actividades según las necesidades de la subred dando cubertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido. | APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID | FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL |
| 5 | 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. | APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID | FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL |
| 6 | Llevar registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la institución y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. | APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID | FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL |
| 7 | 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. | APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID | FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL |
| 8 | 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. | APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID | FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL |
| 9 | Emitir conceptos médicos que se le requieran, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados. | APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID | FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL |
| 10 | Diligenciar en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos de historias clínicas, 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 | APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID | FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL |
| 11 | Garantizar la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos. | APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID | FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL |
| 12 | Garantizar la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, así como la utilización racional de los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos. | APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID | FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL |
| 13 | Reportar al área de Recursos Físicos – Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales. | APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID | FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL |
| 14 | El contratista deberá responder por la seguridad y mantenimiento de sus equipos. | APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID | FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 15 | Participar 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. | APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID | FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL |
| 16 | Participar en la programación de actividades del servicio. | APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID | FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL |
| 17 | Participar en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio. | APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID | FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL |
| 18 | Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. | APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID | FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL |
| 19 | Participar en 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. | APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID | FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL |
| 20 | Prestar el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S-EAPB. | APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID | FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL |
| 21 | Notificar los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID | FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL |
| 22 | Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID | FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL |
| 23 | Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad. | APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID | FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL |
| 24 | Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado. | APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID | FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL |
| 25 | Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones. | APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID | FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL |
| 26 | Cumplir oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Garantía de Calidad. | APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID | FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL |
| 27 | Acreditar el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor, anexando la planilla de pago del personal vinculado para la ejecución del contrato los aportes al sistema integral de seguridad social en salud deberán comprender salud, pensión y ARL | APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID | FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL |
| 28 | Todas las demás inherentes o necesarias para la correcta prestación del servicio. | APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID | FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL |
| 29 | Estar afiliado al Sistema General de Seguridad Social y acreditar inscripción en el RETHUS Y MIPRES. | APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID | FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL |
| 30 | 30. Realizar las actividades para el desarrollo de estrategias de Atencion Domiciliaria. | APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID | FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL |

| | |
|---|---|
| **Observaciones:**<br>**Horas Certificadas: 192 horas** | Diana Gamba.<br>**Firma del Contratista** |
| Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.<br>En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro | **C.C.** **1.098.661.787** **de** **BUCARAMANGA** |

| **VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS** | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | **LORENZA BECERRA CAMARGO** |
| **CARGO:** | **DIRECTORA GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD** |
| **FIRMA** | |

Cuenta de cobro 0004 - 2021

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

**Nit. 900.959.051-7**

**DEBE A:**
**DIANA MARCELA GAMBA HERNANDEZ**
**C.C. 1.098.661.787 de Bucaramanga**

**LA SUMA DE:**

**Tres millones doscientos sesenta y cuatro mil pesos ($ 3.264.000)**

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 6521 de 2021 correspondiente del 01 al 31 de agosto de 2021

OBJETO:
PRESTAR SERVICIOS COMO ENFERMERA II DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Cordialmente,**

Diana. Gamba.

**DIANA MARCELA GAMBA HERNÁNDEZ**
**C.C. 1098661787**
Teléfono: 3003380371
No Cuenta 814 651825 98 ahorros Bancolombia

Fecha: 31/agosto /2021

en línea

Resumen General de Pago

ATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| : 1098661787 | | GAMBA HERNANDEZ DIANA MARCELA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | KR 3a N 30 45 apto 101 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 1234567 | No |

ATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Período | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| )21-07 | 2021-07 | 82266256 | 9423404175 | I | 2021/08/20 | 2021/08/17 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $414,100 |

**IQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **ucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $1,338,240 | $214,200 | | | $1,338,240 | $167,300 | | | $0 | $0 | | | $1,338,240 | $32,600 | | $0 | $0 |
| **entro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,338,240 | $214,200 | | | $1,338,240 | $167,300 | | | $0 | $0 | | | $1,338,240 | $32,600 | | $0 | $0 |
| udad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,338,240 | $214,200 | | | $1,338,240 | $167,300 | | | $0 | $0 | | | $1,338,240 | $32,600 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1098661787 | GAMBA DIANA | 230301 | 30 | $1,338,240 | $214,200 | EPS005 | 30 | $1,338,240 | $167,300 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1,338,240 | $32,600 | 0 | $0 | $0 |
| **otal** | **Afiliados( 1)** | | | | | $1,338,240 | $214,200 | | | $1,338,240 | $167,300 | | | $0 | $0 | | | $1,338,240 | $32,600 | | $0 | $0 |

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1098661787 | | GAMBA HERNANDEZ DIANA MARCELA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | KR 3a N 30 45 apto 101 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 1234567 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-07 | 2021-07 | 82266256 | 9423404175 | I | 2021/08/20 | 2021/08/17 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $414,100 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $214,200 | $0 | $0 | $214,200 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $214,200 | $0 | $0 | $214,200 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $32,600 | $0 | $0 | $32,600 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $32,600 | $0 | $0 | $32,600 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $167,300 | $0 | $0 | $167,300 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $167,300 | $0 | $0 | $167,300 |
| TOTAL | | | | 1 | $414,100 | $0 | $0 | $414,100 |



2021/08/17 01:07 PM


9:37
LTE
secop.gov.co/CO1Contr
11
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Menú → Administración de entidades → Ver contrato
Id de página: 23080729 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
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?
Si
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
PS 6521 2021 JULIO.pdf
PS 6521 2021 JULIO.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
PS 6521 2021 JUNIO.pdf
PS 6521 2021 JUNIO.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
018000-52-0808
Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.