| Secretaría de Salud / Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | | | |
|---|---|---|---|
| **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA** | Versión | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
| | Fecha de aprobación | 2/15/2018 | |
| | Código: | 04-02-FO-0002 | |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | PAULA ALEXANDRA URREA MORALES | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1016062510 | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | paulamorales719@gmail.com | | | | CELULAR: | 3123357750 | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | UCI NEONATAL OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | SEDE: | SUBRED | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | | | | | |
| | KE10J04 | 10 | KE10H03 | 90 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 570462470087026 | | | | | | PENSIONADO | NO | |

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 1178 | | | VIGENCIA | 2023 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 2625 | FECHA | 2023-10-31 10:11:12.000 | NÚMERO DE CRP | 53585 | FECHA | 2023-10-31 13:00:00.000 | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | TERAPEUTA RESPIRATORIA | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | | 2023-10-01 | | 2023-10-31 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $3,688,938 | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | | RESERVA DE GLOSA 0% | | N/A | | | |

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $33,200,442 |
| VALOR EJECUTADO | $32,962,446 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,688,938 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $237,996 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 99% |

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

| Número de Planilla | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 71047439 | $1,475,575 | $184,447 | $236,092 | 3 | $35,945 | $456,484 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

CLAUDIA ADRIANA PENAGOS NOVOA
52055407
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| 1. Realizar los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente. | Consulta de atención y apoyo terapéutico, inhaloterapia, rehabilitación, ventilación mecánica, toma de muestras respiratorias, gases sanguíneos. | Historia Clínica Dinámica. Pacientes de uci neonatal. |
| 2. Ejecución del plan individual de habilitación / rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y / o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio. | Consulta de atención y apoyo terapéutico, inhaloterapia, rehabilitación, ventilación mecánica, toma de muestras respiratorias, gases sanguíneos. | Historia Clínica Dinámica. Pacientes de uci neonatal. |
| 3. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes. | Diligenciar Historia Clínica , explicación de procedimientos ( Consentimiento informado ) | Historia Clínica Dinámica. Pacientes de uci neonatal. |
| 4. Participación en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de avaluar y en caso necesario ajustar el plan individual de habilitación / rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado. | Registros Historia Clínica, comunicación equipo interdisciplinario, entrega de turno. | Historia Clínica Dinámica- libro de entrega de turno. Pacientes uci neonatal |
| 5. informar al usuario su familia o cuidador las actividades que debe seguir al inicio de su proceso de habilitación / rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso. | Educación al paciente y/o familia. | Historia Clínica Dinámica. |
| 6. Llevar registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes , estadísticos definidos por la subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. | Libros de registro y formatos de estadística –Informe de sala ERA – Envíos de correos con reportes. | Libros de registros actividades formatos de estadística – Historia Clínica Dinámica y correos electrónicos. |
| 7. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | Reportes de Sala ERA - Correos electrónicos con reportes – Toma de muestras respiratorias | TOMA DE MUESTRAS RESPIRATORIAS. |
| 8. Notificar las fallas 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. | Ejecutar acciones preventivas- Plan de mejoramiento- Reportes de Seguridad del paciente- participación en Encuentro de aprendizaje continuo de Rehabilitación y/o Terapia Respiratoria socialización sucesos de seguridad. | Reportes de seguridad del paciente- Planes de mejora – Listado de asistencia – Encuentro de aprendizaje continuo del mes de octubre . |
| 9. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | Registro de Historia clínica : EVCARD / HETR/ CSERA/ REGISTRO GASES/ Libros de Registro | Historia Clínica Dinámica. Libros de Registro |
| 10. Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. | Consulta de atención y apoyo Terapéutico | Historia Clínica Dinámica. |
| 11. Informar al paciente y su familia sobre su condición , plan de manejo y atención | Educación al paciente y/o familia- Socialización de deberes y derechos. | Encuentro continuo de Aprendizaje. |
| 12. Participación en la actualización e implementación de guías de manejo , protocolos y procedimientos requeridos en el servicio | Participación en la actualización e implementación de guías de manejo. Participación en Encuentro de Aprendizaje Continuo de Rehabilitación y/o Terapia Respiratoria. | Historia Clínica Dinámica- Almera – lista de asistencia Encuentro de Aprendizaje Continuo de Rehabilitación riesgo ulceras por presión del mes octubre . |
| 13. informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación / rehabilitación del usuario, así como los insumos materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades | Registro en Historia Clínica- Solicitud de insumos. Reporte de sucesos de seguridad | Historia Clínica Dinámica. Reporte de sucesos de seguridad |
| 14. Registrar las actividades realizadas de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área. | Registro en Historia Clínica. Libros de Registro Entrega de turno- Toma de muestras respiratorias – Extubaciones – Formatos de Trazabilidad ventiladores – Lista de chequeo- Limpieza y desinfección. Inventario, Stock | Historia Clínica Dinámica – Libros de registro y listas de chequeo uci neonatal. |
| 15. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur occidente, | Registros de Historia Clínica Dinámica, aplicar procesos de Manual de calidad. | Historia Clínica Dinámica –Almera |
| 16. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación de contrato. | Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos. | Inventario, reportes a coordinación y /o a mantenimiento. |
| 17. participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | Asistir a Capacitaciones y reuniones convocadas. | Asegurate y Conversatorio de Calidad: riesgo ulceras por presión del mes de octubre |
| 18. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | Aplicación de guías de manejo, protocolos, procedimientos, listas de chequeo. | Historia Clínica Dinámica, Almera |
| 19. Entregar la constancia de afiliación y pago del sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. | Entrega mensual con cuenta de cobro | Entrega de soporte de pago de seguridad social digital del mes de septiembre. |
| 20. Realizar las demás actividades que sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | Actividades afines con la naturaleza del contrato | .... |

Copia Certificado Subred Suficiente

CLAUDIA ADRIANA PENAGOS NOVOA
52055407
Supervisor

---

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente

**DOCUMENTO EQUIVALENTE No 10 / 2023**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**PAULA ALEXANDRA URREA MORALES**

**C.C 1016062510 DE BOGOTÁ D.C**

LA SUMA DE $ 3.688.938 (TRES MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS MONEDA CORRIENTE). POR CONCEPTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO TERAPEUTA RESPIRATORIA EN EL ÁREA DE UCI NEONATAL DE USS KENNEDY, DURANTE EL PERIODO DE 1 AL 31 DE OCTUBRE DE 2023 DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL CONTRATO 1178-2023

PAULAURREA

**PAULA ALEXANDRA URREA MORALES**

**C.C 1016062510 DE BOGOTÁ D.C**

**CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA**

**NUMERO 462470087026**

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 | 1016062510 | PAULA ALEXANDRA URREA MORALES | kra 90a #8-67 | 4781721 | paulamorales719@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-09 | 2023-09 | I | 09/10/2023 | 71047439 | $488.900 | |

## 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 | 184.500 | 0 | | 0 | | 0 | 5 | 1.000 | 0 | 185.500 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 236.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 1.300 | 0 | 237.400 | 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 | 36.000 | | | | 36.000 | 5 | 200 | 36.200 | | | 360 | 36.200 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 29.600 | 5 | 200 | 29.800 | 1 |

**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 | 184.500 | 185.500 |
| Pensión | 1 | 236.100 | 237.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 36.000 | 36.200 |
| CCF | 1 | 29.600 | 29.800 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 486.200 | 488.900 |

PAGADA

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

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 | 1016062510 | PAULA ALEXANDRA URREA MORALES | kra 90a #8-67 | 4781721 | paulamorales719@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-09 | 2023-09 | I | 09/10/2023 | 71047439 | $488.900 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estornado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario 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 | 1016062510 | URREA MORALES PAULA ALEXANDRA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.475.575 | 236.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.475.575 | 184.500 | 14-11 | 1.475.575 | 3 | 36.000 | CCF24 | 1.475.575 | 29.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

## MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si Usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

### CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

### INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

| TIPO IDENTIFICACION | NÚMERO DE DOCUMENTO | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO | EPS / EOC | TIPO AFILIACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1016062510 | URREA | MORALES | PAULA | ALEXANDRA | 2023-08 | COMPENSAR E.P.S | COTIZANTE |

### INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

| EPS / EOC | PERÍODOS COMPENSADOS | DÍAS COMPENSADOS | TIPO AFILIADO | OBSERVACIÓN * |
|---|---|---|---|---|
| COMPENSAR E.P.S | 08/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 07/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 06/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 05/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 04/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 03/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 02/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 01/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 12/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 11/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |

1 2 3 4 5 6 7 8 73 Registros en 8 Paginas

Pago Normal: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Dicho lo anterior estos afiliados no cuentan con un pago o cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Volver a Consultar | Descargar

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | Cuenta de cobro enero 2023.pdf | Cuenta de cobro enero 2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | cuenta febrero PAULA.pdf | cuenta febrero PAULA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | cuenta de cobro marzo.pdf | cuenta de cobro marzo.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Cuenta de cobro Abril.pdf | Cuenta de cobro Abril.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | DOCUMENTOS MAYO.pdf | DOCUMENTOS MAYO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | compilados JUNIO.pdf | compilados JUNIO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | COMPILADO JULIO.pdf | COMPILADO JULIO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | comprimido AGOSTO.pdf (Archivado) | comprimido AGOSTO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | COMPILADO AGOSTO.pdf | COMPILADO AGOSTO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | COMPILADO SEPTIEMBRE PAULA URREA.pdf | COMPILADO SEPTIEMBRE PAULA URREA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Datos guardados