

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                             |                     |                                  |               |                                                                                     |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                             |                     | Versión<br>3                     |               |  |          |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                   |                          |                                                             |                     | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |               |                                                                                     |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                             |                     | Código:<br>04-02-FO-0002         |               |                                                                                     |          |
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                                             |                     |                                  |               |                                                                                     |          |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | Elisa Isabel Niño Ladino                                    |                     |                                  |               |                                                                                     |          |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          | C.C                                                         | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 52315099 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          | Elisanino40@gmail.com                                       |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 5103313  |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                             |                     | SUBRED                           |               |                                                                                     |          |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | U C S CONV.PROMOCION Y MANTENIMIENTO SISS USS PABLO VI BOSA |                     |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED   |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                        |                                                             |                     |                                  |               |                                                                                     |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | PA16V07-4         | 100                      |                                                             |                     |                                  |               |                                                                                     |          |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCOLOMBIA S.A          |                                                             |                     | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |          |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          | 91233546114                                                 |                     |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO       |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                             |                     |                                  |               |                                                                                     |          |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 1108                     |                                                             |                     | VIGENCIA                         |               | 2024                                                                                |          |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 305               | FECHA                    | 2024-01-17 17:25:29.000                                     | NÚMERO DE CRP       | 13499                            | FECHA         | 2024-02-01 13:00:00.000                                                             |          |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | AUXILIAR DE ENFERMERIA   |                                                             |                     |                                  |               |                                                                                     |          |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          | DESDE                                                       | FECHA INICIAL       |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                             | 2024-02-01          |                                  |               | 2024-02-29                                                                          |          |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                             | \$1,851,816         |                                  |               |                                                                                     |          |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |                   | Administrativo           |                                                             | 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. |                   |                          |                                                             |                     |                                  |               |                                                                                     |          |
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                                             |                     |                                  |               |                                                                                     |          |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                                             |                     | VALORES                          |               |                                                                                     |          |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                             |                     | \$4,135,722                      |               |                                                                                     |          |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                             |                     | \$1,851,816                      |               |                                                                                     |          |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |                                                             |                     | \$1,851,816                      |               |                                                                                     |          |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                             |                     | \$0                              |               |                                                                                     |          |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                                             |                     | \$2,283,906                      |               |                                                                                     |          |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                             |                     | 45%                              |               |                                                                                     |          |
| 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 |                                                                                     |          |
| 74657289                                                                                                                                                                                                                                                     | \$908,526         | \$113,566                | \$145,364                                                   | 3                   | \$22,132                         | \$281,062     |                                                                                     |          |
| Dado en Bogotá a los veintinueve(29) días del mes de Febrero de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                         |                   |                          |                                                             |                     |                                  |               |                                                                                     |          |
| <p style="text-align: center;"> <b>JORGE WILLSON JUAGIBIOY OTERO</b><br/> 97471998<br/> Supervisor </p>                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                             |                     |                                  |               |                                                                                     |          |
| <p style="text-align: center;"> Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. </p>                                                                                                    |                   |                          |                                                             |                     |                                  |               |                                                                                     |          |
| <p style="text-align: center;"> Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br/> Copyright © 2021 </p>                                                                                                  |                   |                          |                                                             |                     |                                  |               |                                                                                     |          |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                   | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                     | PRODUCTOS                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Realizar captación de usuarios a la ruta desde los servicios de urgencias y hospitalización y realizar seguimiento a su asistencia a las acciones programadas                                                             | 1. SE REALIZA SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD VERIFICACION DE HISTORIAS CLINICAS PARA EL CONVENIO 0005-2023                                                                                            | 1. SE REALIZA SEGUIMIENTO TELEFONICO Y VERIFICACION DE HISTORIAS CLINICAS PARA AGENDAMIENTO DE PACIENTES CONVENIO 0005-2023                                                          |
| 2. Realizar seguimiento a la población priorizada en la subred a fin de garantizar su atención integral en la ruta.                                                                                                          | 2. REALIZAR SEGUIMIENTO POR DINAMICA, VERIFICAR SU ASISTENCIA A CONSULTA Y LLAMAR Y AGENDAR SUS CITAS PARA INGRESARLOS A LA RUTA CONVENIO 0005-2023                                             | 2. SE REALIZA SEGUIMIENTO EN DINAMICA Y SE AGENDA CITAS PARA DAR PRIORIDAD AL PACIENTE DEL CONVENIO 0005_2023 ENVIADO                                                                |
| 3. Asignar los servicios que requiera la población de la ruta en los casos priorizados en la subred                                                                                                                          | 3. ADHERIR A LA RUTA EL USUARIO QUE NO ESTA CAPTADO POR EL CONVENIO 0005-2023, REALIZARLE AGENDAMIENTO DE CITA Y ESTAR EN SEGUIMIENTO-                                                          | 3. SE REALIZA EL SEGUIMIENTO Y AGENDAMIENTO A LOS USUARIOS, PDF ENVIADO POR CORREO ELECTRONICO Y ENTREGADO A LIDER DE RUTA                                                           |
| 4. Realizar seguimiento a la adherencia de los usuarios a la ruta mediante la evaluación del cumplimiento de las actividades establecidas por curso de vida a través del sistema de información estandarizado por localidad. | 4. REALIZAR SEGUIMIENTO POR MEDIO DEL PROGRAMA DINAMICA CONSIGNADOS EN LA BASES DADAS, REALIZAR AGENDAMIENTO DE CITA Y REALIZAR VERIFICACION DE LA ACTIVIDADES DADA POR EL CONVENIO 0005-2023   | 4. SE REALIZA SEGUIMIENTO EN DINAMICA Y SE AGENDA CITAS EXCEL ENVIADO A CORREO ELECTRONICO Y ENTREGADO A LIDER DE RUTA                                                               |
| 5. Participar en el desarrollo del plan de fortalecimiento de competencias de acuerdo con las temáticas establecidas al equipo de salud.                                                                                     | 5. REALIZAR LA RESPECTIVA CAPACITACION EN EL AULA VIRTUAL O PRESENCIAL QUE DA LA SECRETARIA DE SALUD PARA NUESTRA FORMACION COMO AUXILIARES DE ENFERMERIA PARA FORTALECER EL CONVENIO 0005-2023 | 5. SE ASISTE A CAPACITACION VIRTUAL Y PRESENCIAL SOPORTE ENTREGADO POR CORREO ELECTRONICO ENTREGANDO A LIDER DE RUTA                                                                 |
| 6. Realizar informe mensual de la articulación con las diferentes rutas y los espacios de vida cotidiana, así como sus dificultades y resolutiveidad de estas.                                                               | 6. HACER ENTREGA DE BASES Y DARLE CUMPLIMIENTO OPORTUNO CON CALIDAD PARA LOS INFORMES CON EL CONVENIO 0005-2023                                                                                 | 6. SE REALIZA ENTREGA DE BASE DANDO CUMPLIMIENTO OPORTUNO ENVIANDO EXCEL AL CORREO ELECTRONICO Y ENTREGANDO A LIDER DE RUTA Y APOYO ADMINISTRATIVO                                   |
| 7. Realizar el registro de la información generada del seguimiento resultante a la población de la ruta, en la plataforma Bogotá Salud Digital y/o herramienta de la Subred.                                                 | 7. APOYAR A LAS GESTIONES DE CADA RUTA EN EL MOMENTO QUE LO REQUIERA LA LIDER DE RUTA DEL CONVENIO 0005-2023                                                                                    | 7. SE REALIZA APOYO DE GESTIONES DE LAS RUTAS ENVIANDO SOPORTES AL CORREO ELECTRONICO ENTREGANDO A LIDER DE RUTA Y APOYO ADMINISTRATIVO                                              |
| 8. Acompañar el proceso de entrenamiento realizado por parte del profesional de enfermería                                                                                                                                   | 8. ASISTIR A LAS CAPACITACIONES POR PARTE DE PROFESIONAL VIRTUAL O PRESENCIAL DEL CONVENIO 0005-2023                                                                                            | 8. SE ASISTE A CAPACITACION VIRTUAL SOPORTE ENTREGADO POR CORREO ELECTRONICO ENTREGANDO A LIDER DE RUTA Y APOYO ADMINISTRATIVO                                                       |
| 9. Participar en los espacios que se convoquen por parte del nivel central o líder del convenio.                                                                                                                             | 9. ASISTIR A LAS CAPACITACIONES POR PARTE DE LA SUBRED VIRTUAL O PRESENCIAL DEL CONVENIO 0005-2023                                                                                              | 9. SE ASISTE A LAS CAPACITACIONES POR PARTE DE LA SUBRED VIRTUAL SOPORTE ENVIADOS POR CORREO ELECTRONICO Y ENTREGADOS A LIDER DE RUTA Y APOYO ADMINISTRATIVO                         |
| 10. Ejecutar las acciones programadas por líder de convenio para implementación de la ruta.                                                                                                                                  | 10. SEGUIMIENTO A LOS USUARIOS DEL CONVENIO 0005-2023                                                                                                                                           | 10. SE REALIZA SEGUIMIENTO A LOS USUARIOS DEL CONVENIO 0005-2023, PDF ENVIADOS POR CORREO ELECTRONICO Y ENTREGADO A LIDER DE RUTA Y APOYO ADMINISTRATIVO                             |
| 11. Demás concernientes en el marco del presente convenio.                                                                                                                                                                   | 11. SE REALIZA SEGUIMIENTO A LOS USUARIOS DEL CONVENIO 0005-2023, PDF ENVIADOS POR CORREO ELECTRONICO Y ENTREGADO A LIDER DE RUTA Y APOYO ADMINISTRATIVO PRODUCTO                               | 11. SE REALIZA ACTIVIDAD REQUERIDA POR EL CONVENIO 0005-2023 Y SEGUIMIENTO POR PLATAFORMA DINAMICA ENVIADO POR CORREO ELECTRONICO ENTREGANDO A LIDER DE RUTA Y APOYO ADMINISTRATIVO. |

JORGE WILLSON JUAGIBIOY OTERO  
97471998  
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

| DATOS DE LA PLANILLA |                                  |               |                          |                 |               |     |
|----------------------|----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAMES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
|                      |                                  |               |                          |                 | EMPLEADOS     | UPC |
|                      |                                  |               |                          |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2024-01              | 2024-01                          | I             | 09/02/2024               | 74657289        | \$402.200     |     |

| 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 |           |                       |                |               |               |
| EPS017        | Famisanar EPS | 830003564-7 | 162.500                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 162.500       | 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 | 208.000                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 208.000       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                           |                  |       |                           |                          |              |                          |                        |                               |                        |                      |               |               |
|---------------------------|----------|-------------|---------------------------|------------------|-------|---------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|------------------------|-------------------------------|------------------------|----------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización<br>Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros<br>Sistemas | Valor Neto<br>Cotización | Días<br>Mora | Valor Mora<br>Cotización | Subtotal<br>Cotización | No. Radicado<br>Saldo a Favor | Valor Saldo a<br>Favor | Fondo<br>Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |          |             |                           | No. Autorización | Valor |                           |                          |              |                          |                        |                               |                        |                      |               |               |
| 14-11                     | ARL SURA | 890903790-5 | 31.700                    |                  |       |                           | 31.700                   | 0            | 0                        | 31.700                 |                               |                        | 317                  | 31.700        | 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                    | 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                              | 162.500                             | 162.500       |
| Pensión                | 1                              | 208.000                             | 208.000       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 31.700                              | 31.700        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>         | 3                              | 402.200                             | 402.200       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                          |        |                        |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|--------------------------|--------|------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE         |        | DIRECCIÓN              | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 52315099          | ELISA ISABEL NIÑO LADINO |        | calle 57 b 78 h 37 sur | 3178644594         | elisano40@gmail.com                 |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL          | CÓDIGO | DEPARTAMENTO           | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                          |        | BOGOTÁ D. C.           | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                          |        |                        |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                          |        |                        |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC           |
| 2024-01              | 2024-01                           | I             | 09/02/2024               | 74657289        | 10            |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |
|                      |                                   |               |                          |                 | \$402.200     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                          |           |         |           |                 |     |     |                       |     |     |     |     |     |      |     |    |    |         |    |    |    |    |    |          |           |            |                      |                      |                                |                                 |          |           |                        |          |              |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
|-----------------------|------|-----------------------|--------------------------|-----------|---------|-----------|-----------------|-----|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|----|----|---------|----|----|----|----|----|----------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|--------------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                          |           |         |           |                 |     |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |      |     |    |    | PENSIÓN |    |    |    |    |    |          |           | SALUD      |                      |                      | RIESGOS LABORALES              |                                 |          | CCF       |                        |          | PARAFISCALES |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres      | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Clase de Riesgo | ING | RET | TDE                   | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SILN | IOE | MA | MA | MA      | MA | MA | MA | MA | MA | Cód. AFP | IBC AFP   | Cotización | Voluntari o 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   | 52315099              | NIÑO LADINO ELISA ISABEL | 59        | 0       | N         |                 |     |     |                       |     |     |     |     |     |      |     |    |    |         |    |    |    |    |    | 230301   | 1.300.000 | 208.000    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS017   | 1.300.000 | 162.500                | 14-11    | 1.300.000    | 3               | 31.700     |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 |

PAGADA

DOCUMENTO EQUIVALENTE No.1/2024  
LA SUBREDINTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR  
OCCIDENTE E.S.E NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ELISA ISABEL NIÑO LADINO  
C.C 52315099 DE BOGOTA

La suma de 1. 851. 816 ( un millón ochocientos cincuenta y un mil ochocientos dieciséis PESOS m/cte.) por concepto de Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área Asistencial dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional en el marco del Convenio Interadministrativo No. 0005 de 2023, durante el periodo de 1 de FEBRERO A 29 de FEBRERO 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 1108-2024.



ELISA ISABEL NIÑO LADINO  
C.C 52315099 DE BOGOTA  
CUENTA DE AHORROS  
BANCOLOMBIA  
NÚMERO: 91233546114

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

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                          |              |         |
|--------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------|---------|
| <input type="checkbox"/> | NOTIFICACIÓN CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS.pdf | NOTIFICACIÓN CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS.pdf | Comprador                            | Descargar    | Detalle |
|                          | CUENTA DE COBRO JULIO.pdf (Archivado)                 | CUENTA DE COBRO JULIO.pdf                             | Proveedor                            | Descargar    | Detalle |
|                          | SECOP II.pdf (Archivado)                              | SECOP II.pdf                                          | Proveedor                            | Descargar    | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | SOportes CERTIFICACIONES JULIO.pdf                    | SOportes CERTIFICACIONES JULIO.pdf                    | Proveedor                            | Descargar    | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | CERTIFICADO AGOSTO.pdf                                | CERTIFICADO AGOSTO.pdf                                | Proveedor                            | Descargar    | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | documentos cuenta de cobro septiembre.pdf             | documentos cuenta de cobro septiembre.pdf             | Proveedor                            | Descargar    | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | DOCUMENTOS CUENTA DE COBRO OCTUBRE.pdf                | DOCUMENTOS CUENTA DE COBRO OCTUBRE.pdf                | Proveedor                            | Descargar    | Detalle |
|                          | DOCUMENTOS ISABEL NIÑO SECOP.pdf (Archivado)          | DOCUMENTOS ISABEL NIÑO SECOP.pdf                      | Proveedor                            | Descargar    | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | DOCUMENTOS CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE.pdf              | DOCUMENTOS CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE.pdf              | Proveedor                            | Descargar    | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | DOCUMENTOS CUENTA COBRO DIC.pdf                       | DOCUMENTOS CUENTA COBRO DIC.pdf                       | Proveedor                            | Descargar    | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | DOCUMENTOS CUENTA DE COBRO ENERO.pdf                  | DOCUMENTOS CUENTA DE COBRO ENERO.pdf                  | Proveedor                            | Descargar    | Detalle |
|                          |                                                       |                                                       | Borrar                               | Cargar nuevo |         |
| <div>Cancelar</div>      |                                                       |                                                       | < Evaluación de la Entidad Estatal > |              |         |

© VORTAL 2019 [Términos de uso](#) [Normativa](#) [Soporte Remoto](#) [Ayuda](#)

Español (Colombia) ▼

**018000-52-0808** [www.colombiacompra.gov.co/soporte](http://www.colombiacompra.gov.co/soporte) Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniquelIdentifier=CO1.SLCNTR.11064036#

1/1