| | | |
|---|---|---|
| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.** | |
| | **INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | SIASUR |

## DATOS DEL INFORME

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Periodo a Certificar:** | **Desde:** | 2024-02-01 | **Hasta:** | 2024-02-29 | |
| **Nombre del Contratista:** | JULIAN SANCHEZ CASTILLO CASTILLO | | **Número de Documento:** | 80109965 | |
| **Correo Electrónico:** | juliansanchez82@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3144430120 | |
| **Nombre del Supervisor:** | SANDRA MILENA RODRIGUEZ CASTAÑO | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2 LIDER DE PROCESO | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 4961-2023 | **Año Contrato:** | 2023 | **CDP Contrato Inicial:** | 1026 |
| **Perfil:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO 4 PIC | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | SALUD PÚBLICA | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| K31PI | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | SALUD PÚBLICA | 184 | 0 | 28414 | $5228176 | 100% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 5228176** | **CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL CIENTOSETENTA Y SEISPESOS** | | | | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | | 2023-03-27 | | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2023-05-31 |
| **No. Prorroga** | **Fecha Inicio** | **Fecha Terminación** | **No. Adición** | **Valor Adición** | **CDP** |
| 1 | 2023-05-01 | 2023-07-31 | 1 | $ 5067175 | 1551 |
| 2 | 2023-07-01 | 2023-08-31 | 2 | $ 5228316 | 2123 |
| 3 | 2023-08-01 | 2023-09-30 | 3 | $ 5228176 | 2454 |
| 4 | 2023-09-01 | 2023-10-31 | 4 | $ 5228176 | 2827 |


***© Siasur - 2024***

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 5 | 2023-10-01 | 2023-11-30 | 5 | $ 5228176 | 3089 |
| 6 | 2023-11-01 | 2024-01-31 | 6 | $ 10456352 | 3518 |
| 7 | 2024-01-01 | 2024-02-15 | 7 | $ 7842264 | 224 |
| 8 | 2024-02-01 | 2024-03-06 | 8 | $ 1903738 | 620 |
| 9 | 2024-02-01 | 2024-03-06 | 9 | $ 710350 | 675 |

| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** |
|---|---|---|
| 1 | MARZO | $ 710350 |
| 2 | ABRIL | $ 5228176 |
| 3 | MAYO | $ 5228176 |
| 4 | JUNIO | $ 5199762 |
| 5 | JULIO | $ 5256590 |
| 6 | AGOSTO | $ 5228176 |
| 7 | SEPTIEMBRE | $ 5228176 |
| 8 | OCTUBRE | $ 5228176 |
| 9 | NOVIEMBRE | $ 5228176 |
| 10 | DICIEMBRE | $ 5228176 |
| 11 | ENERO | $ 5228176 |

| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | **PAGOS REALIZADOS** | **SALDO DEL CONTRATO** |
|---|---|---|---|
| **$ 11327563** | **$ 58220286** | **$ 52992110** | **$ 5228176** |

| **OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)** | | **ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN** | **PRODUCTO O EVIDENCIA** |
|---|---|---|---|
| 1 | 1. brindar de manera oportuna la informacion mensual que sea requerida para la matriz 7831 (antes 7523) | -Informe mensual | -Informe mensual |
| 2 | 2. preparacion y presentacion de informes, analisis e indicadores del programa distrital de farmacovigilancia mensual, semestral, anual y a necesidad ver anexo 2 | -Informe mensual | -Informe mensual |
| 3 | 3. elaborar los informes del proyecto, mensual, semestral, anual y a necesidad de la sds (ver documento tecnico de la linea de medicamentos seguros ) | -Informe mensual | -Informe mensual |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 4 | 4. analisis de los eventos priorizados : prm y reacciones adversas a medicamentos por causalidad y severidad, analisis multicausal, acorde con protocolos vigentes oms, invima, ministerio de salud y en el marco de las buenas practicas de farmacovigilancia y buenas practicas de seguridad del paciente e incluir el analisis de reportes de eventos relacionados con vacunas para prevencion de la covid -19 allegados al sistema de informacion del programa distrital de farmacovigilancia desarrollado por el proyecto | -Informe mensual -Análisis de eventos adversos en plataforma Vigiflow bajo criterios OMS. | -Informe mensual -Análisis de eventos adversos en plataforma Vigiflow bajo criterios OMS. |
| 5 | 5. respuesta al reportante en los terminos tecnicos y completos del analisis | -Socialización de análisis a través de correo electrónico y plataforma Vigiflow. | -Socialización de análisis a través de correo electrónico y plataforma Vigiflow. |
| 6 | 6. proponer e implementar estrategias para prevencion de efectos adversos a medicamentos (diseñar e implementar estrategias de asesoria y asistencia tecnica a ips para mantener la cultura del reporte y del analisis en las subredes del distrito - realizar talleres de socializacion y actualizacion con los diferentes actores del programa de farmacovigilancia: ips, eapb, establecimientos farmaceuticos minoristas, establecimientos educativos, en coordinacion con la secretaria distrital de salud.) y hacer la articulacion que sea necesaria con la direccion de la calidad de servicios de salud de la sds, para realizacion de capacitaciones y asistencias tecnicas. | -Informe mensual carpeta asistencias técnicas - análisis bajo metodología OMS y metodología error de medicación | -Informe mensual carpeta asistencias técnicas - análisis bajo metodología OMS y metodología error de medicación |
| 7 | 7. participacion en el comite distrital de farmacovigilancia y en las mesas de trabajo que se convoque desde la sds (actas, preparacion, realizacion, listados de asistencia- dinamizar e implementar las agendas del comite distrital de farmacovigilancia en coordinacion con secretaria distrital de salud. participar en reuniones, mesas de trabajo interinstitucionales o intersectoriales (convocadas por la secretaria distrital de salud.) | -Participación en comité de Farmacovigilancia. - Participación en reuniones SDS. | -Participación en comité de Farmacovigilancia. - Participación en reuniones SDS. |
| 8 | 8. preparar informe, hacer analisis de caso y soportar tecnicamente las unidades de analisis citadas por secretaria de salud (brindar soporte tecnico en las unidades de analisis de eventos y mortalidad reportada al programa nacional de farmacovigilancia.) con especial enfasis en los farmacos utilizados para tratamiento del covid-19 como los relacionados en la resolucion 0078 de 2020, del ministerio de salud, que incluye la cloroquina, hidroxicloroquina, ivermectina y otros farmacos de interes por su uso en el tratamiento del covid-19 como la dexametasona sean aprobados o no para su uso en el tratamiento del covid-19 por el ministerio de salud o el invima | Participación en Unidad de análisis | Participación en Unidad de análisis |


***© Siasur - 2024***

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 9 | 9. apoyar estrategias de informacion, educacion y comunicacion (participar en la elaboracion de guias, boletines o utilizar herramientas que permitan a los diferentes actores del programa de farmacovigilancia estar informados y actualizados sobre las alertas, resultados del programa y del programa demuestra la calidad y experiencias nacionales e internacionales que aporten al desarrollo de la farmacovigilancia y a la prevencion de eventos adversos a medicamentos - hacer seguimiento y socializar las alertas de seguridad que comunique el invima. | -Participación en boletín Farmacovigilancia - Participación en artículo Farmacovigilancia | -Participación en boletín Farmacovigilancia - Participación en artículo Farmacovigilancia |
| 10 | 10. documentar los procesos de identificacion, deteccion, analisis y comunicacion de resultados a los reportantes, la comunidad y los diferentes actores del programa distrital de farmacovigilancia. | -Análisis de eventos relacionados al uso de medicamentos. -Informe Farmacovigilancia - Informe medicamento de uso controlado | -Análisis de eventos relacionados al uso de medicamentos. -Informe Farmacovigilancia - Informe medicamento de uso controlado |
| 11 | 11. mantener la informacion actualizada de los indicadores del proyecto, en los tiempos establecidos por la sds en los aplicativos gesi y sivigila . | -Informe Farmacovigilancia mensual | -Informe Farmacovigilancia mensual |
| 12 | 12. gestion en la vigilancia de intoxicaciones por medicamentos, cove local y unidad de analisis e indicadores de intoxicaciones. adelantar la gestion en la vigilancia de intoxicaciones por medicamentos en las 4 subredes integradas de servicios de salud del distrito (comprende: depuracion de base de datos, reporte de indicadores, analisis, soporte tecnico a coves locales, ajustes base de datos y reporte de los informes para el instituto nacional de salud - brindar soporte tecnico para las unidades de analisis de mortalidad por intoxicaciones con medicamentos). | -Informe Farmacovigilancia mensual | -Informe Farmacovigilancia mensual |
| 13 | 13. participar en los espacios de capacitacion y asistencia tecnica brindada por el invima , (asistencia a reuniones virtuales o presenciales, encuentros entre otros) , con el fin de dar asistencia tecnica y la informacion que sea necesaria a los reportantes . | -Participación en reuniones y consultas con Invima y SDS | -Participación en reuniones y consultas con Invima y SDS |
| 14 | 14. realizar minimo 5 (cinco) talleres de socializacion - desarrollo de competencias y actualizacion con los diferentes actores del programa de farmacovigilancia sean estos : ips, eapb, establecimientos farmaceuticos minoristas en coordinacion con la secretaria distrital de salud durante la vigencia del convenio. | -Capacitación Farmacovigilancia Prestadores | -Capacitación Farmacovigilancia Prestadores |
| 15 | 15. subir la informacion al drive indicado por la sds cuando a ello hubiere lugar. | -Informe mensual Farmacovigilancia en Drive | -Informe mensual Farmacovigilancia en Drive |


***© Siasur - 2024***

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 16 | 16. busqueda activa de intoxicaciones por medicamentos. participar y realizar acompañamiento a los brotes presentados en el distrito de acuerdo a solicitud de la secretaria distrital de salud | -Informe Farmacovigilancia Mensual | -Informe Farmacovigilancia Mensual |
| 17 | 17. entrega de informacion para realizacion de material de divulgacion (folletos, infografias, poster etc.) presentar boletin del año 2021 en el mes de octubre de 2022 de acuerdo a indicaciones de nivel central entregadas en reunion. adicionalmente se debe presentar un informe consolidado correspondiente al año 2021 en el mes de octubre de 2022, de acuerdo a indicaciones de nivel central entregadas en reunion. presentar avance de estudio sobre intoxicacion por medicamentos. (caracterizacion de intoxicacion por medicamentos en el distrito). | -Participación en boletín Farmacovigilancia - Participación en artículo Farmacovigilancia | -Participación en boletín Farmacovigilancia - Participación en artículo Farmacovigilancia |
| 18 | 18. presentar y entregar informes y productos oportunos en los formatos establecidos, indicando cada una de las actividades y sus respectivos soportes que sustenten las actividades. | -Informe Farmacovigilancia Mensual | -Informe Farmacovigilancia Mensual |
| 19 | 19. cumplir con los respectivos cronogramas de las visitas y acciones de los productos que alimentan los sistemas de informacion en vigilancia sanitaria y ambiental y otros. | -Elaboración y actualización cronograma Mensual | -Elaboración y actualización cronograma Mensual |
| 20 | 20. dar respuesta oportuna a peticiones, solicitudes o quejas presentadas y recepcionadas al componente de vigilancia en salud ambiental entregandose al lider operativo de las lineas de intervencion donde sea asignado(a). | -Asistencia a reuniones y respuesta a solicitudes | -Asistencia a reuniones y respuesta a solicitudes |
| 21 | 21. formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones, recomendaciones obtenidas por parte del equipo de seguimiento asignado por la sds, recomendaciones del coordinador de vigilancia en salud ambiental, y por el lider operativo. | -Participación en Comité de Farmacovigilancia. | -Participación en Comité de Farmacovigilancia. |
| 22 | 22. cumplir con la disponibilidad asignada, de acuerdo al portafolio de servicios de la e.s.e | -Realización actividades cronograma Farmacovigilancia | -Realización actividades cronograma Farmacovigilancia |
| 23 | 23. adherirse al proceso de gestion documental, en la organizacion y custodia de los documentos generados | -Confidencialidad de la información -Informe Farmacovigilancia Mensual | -Confidencialidad de la información -Informe Farmacovigilancia Mensual |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 24 | .24. mantener la confidencialidad de la informacion, reservas de los sistemas de informacion, derechos de autor en desarrollo de aplicaciones y programas tecnologicos, registro de soporte logistico (software), definicion de la tutoria de los documentos cientificos y de mas informacion que se genere dentro de las labores propias de su perfil en el componente de vigilancia sanitaria y ambiental y de vigilancia en salud publica. | -Formato de Confidencialidad de la información | -Formato de Confidencialidad de la información |
| 25 | 25. las demas acciones que se requieran de acuerdo a las necesidades de la institucion y del pic. | -Informe Farmacovigilancia Mensual | -Informe Farmacovigilancia Mensual |


***© Siasur - 2024***

## INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| Periodo al que corresponde el pago | | Fecha de Pago | | | Número de Planilla | Factura Electrónica | Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior | $ 5228176 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **AÑO** | **MES** | **AÑO** | **MES** | **DÍA** | 7912071655 | - | | |
| **2024** | **ENERO** | **2024** | **02** | **22** | | | | |
| **Valor honorarios certificados el mes anterior en letras** | | **CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL CIENTOSETENTA Y SEISPESOS** | | | | | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | $ 2091270 | $ 334603 | **$ 337000** |
| Salud | | SÁNITAS | | $ 261409 | **$ 263200** |
| ARL | 3 | POSITIVA | | $ 50943 | **$ 51400** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 606928** | **$ 651600** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| **Entidad Bancaria** | BANCO DAVIVIENDA S.A. | **Tipo de Cuenta** | AHORROS | **Número de Cuenta** | 0550003900097928 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | JULIAN SANCHEZ CASTILLO | 2024-02-22 10:55:29 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | JULIAN SANCHEZ CASTILLO | 2024-02-22 18:30:13 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | SANDRA MILENA RODRIGUEZ CASTANO | 2024-02-23 18:07:54 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO | 2024-02-28 18:29:44 |



**SANDRA MILENA RODRIGUEZ CASTAÑO**
**PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2 LIDER DE PROCESO**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 80109965 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | JULIAN SANCHEZ CASTILLO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | COTA | DEPARTAMENTO: | CUNDINAMARCA |
| DIRECCIÓN: | CRA 3 A # 10 -61 | TELÉFONO: | 4118902 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7912071655** | | | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES enero | AÑO | 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES enero AÑO 2024 |
| DÍAS DE MORA: | 7 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2024/02/22 | | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 469889070 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 334.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 2.200 | $ 0 | $ 334.800 | $ 2.200 | $ 337.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 334.800** | **$ 2.200** | **$ 337.000** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 261.500 | $ 0 | $ 1.700 | $ 0 | $ 261.500 | $ 1.700 | $ 0 | $ 263.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 261.500** | **$ 1.700** | **$ 0** | **$ 263.200** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 51.000 | $ 51.000 | $ 400 | $ 0 | $ 51.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 51.000** | **$ 400** | **$ 0** | **$ 51.400** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | CCF | | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 80109965 | SANCHEZ CASTILLO JULIAN | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 2.092.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 2.092.000 | $ 334.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 334.800 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 2.092.000 | $ 261.500 | $ 0 | $ 261.500 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 2.092.000 | 80109965 | $ 51.000 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 651.600** |

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 MARZO CTO No. 4961-2023.pdf | CUENTA MARZO CTO No. 4961-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA ABRIL CTO No. 4961-2023.pdf | CUENTA ABRIL CTO No. 4961-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA MAYO CTO No. 4961-2023.pdf | CUENTA MAYO CTO No. 4961-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA JUNIO CTO No. 4961-2023.pdf | CUENTA JUNIO CTO No. 4961-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA JULIO CTO No. 4961-2023.pdf | CUENTA JULIO CTO No. 4961-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA AGOSTO CTO No. 4961-2023.pdf | CUENTA AGOSTO CTO No. 4961-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA SEPTIEMBRE CTO No. 4961-2023.pdf | CUENTA SEPTIEMBRE CTO No. 4961-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA OCTUBRE CTO No. 4961-2023.pdf | CUENTA OCTUBRE CTO No. 4961-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA NOVIEMBRE CTO No. 4961-2023.pdf | CUENTA NOVIEMBRE CTO No. 4961-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DICIEMBRE CTO No. 4961-2023.pdf | CUENTA DICIEMBRE CTO No. 4961-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA ENERO CTO No. 4961-2024.pdf | CUENTA ENERO CTO No. 4961-2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >