

|                                                                                   |                                                   |  |  |  |                                                                                     |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. |  |  |  |                                                                                     |  |
|                                                                                   | INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS    |  |  |  |  |  |

|                       |                       |                                    |        |                                      |               |   |  |
|-----------------------|-----------------------|------------------------------------|--------|--------------------------------------|---------------|---|--|
| DATOS DEL INFORME     |                       |                                    |        |                                      |               |   |  |
| Periodo a Certificar: | Desde:                | 2024-05-01                         | Hasta: | 2024-05-31                           |               |   |  |
| Nombre Contratista:   | del                   | JUAN SEBASTIAN CLAVIJO CASTELLANOS |        | Número de Documento:                 | 1018484973    |   |  |
| Correo Electrónico:   | juaclavijo@uan.edu.co |                                    |        | Número Telefónico:                   | 3167634519    |   |  |
| Nombre Supervisor:    | del                   | DARIO ALFONSO SUESCUN LOZANO       | Cargo: | MEDICO ESPECIALISTA-REFERENTE SUBRED | Código Grado: | - |  |

|                                |                                      |               |      |                       |     |
|--------------------------------|--------------------------------------|---------------|------|-----------------------|-----|
| DATOS DEL CONTRATO             |                                      |               |      |                       |     |
| No. Contrato:                  | 3890-2024                            | Año Contrato: | 2024 | CDP Contrato Inicial: | 433 |
| Perfil:                        | MÉDICO GENERAL                       |               |      |                       |     |
| Dirección a la que Perteneces: | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS |               |      |                       |     |
| Unidad de Servicios:           | USS TUNAL                            |               |      |                       |     |

|                              |                                     |                                                   |              |                          |            |           |                                |
|------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------|--------------------------|------------|-----------|--------------------------------|
| LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS     |                                     |                                                   |              |                          |            |           |                                |
| Centro de Costos             | Dirección                           | Unidad                                            | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total     | Procentaje(%) Centro de Costos |
| B02TN                        | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS | USS TUNAL                                         | 186          | 0                        | 37000      | \$6882000 | 100%                           |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 6882000                          | SEIS MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL PESOS |              |                          |            |           |                                |

|                                     |                     |                   |             |                                           |            |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------|-------------|-------------------------------------------|------------|
| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO |                     |                   |             |                                           |            |
| Fecha de Inicio del Contrato        | 2024-01-30          |                   |             | Fecha de Terminación del Contrato Inicial | 2024-04-30 |
| No. Prorroga                        | Fecha Inicio        | Fecha Terminación | No. Adición | Valor Adición                             | CDP        |
| 1                                   | 2024-04-01          | 2024-06-30        | 1           | \$ 18204000                               | 1020       |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro |                   |             | Valor a Pagar                             |            |
| 1                                   | FEBRERO             |                   |             | \$ 6438000                                |            |
| 2                                   | MARZO               |                   |             | \$ 7104000                                |            |
| 3                                   | ABRIL               |                   |             | \$ 7548000                                |            |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | VALOR TOTAL DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                 | PAGOS REALIZADOS                                                                 | SALDO DEL CONTRATO |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| \$ 20646000                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | \$ 38850000                                                                                                                                                                                                                                                              | \$ 21090000                                                                      | \$ 17760000        |
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                               | PRODUCTO O EVIDENCIA                                                             |                    |
| 1                                                       | 1). Prestar servicios de perfil (médico(a)) acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | -Presto mis servicios como médico general en los servicios de urgencias., de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur                                                                                                                                               | -Atención de acuerdo a programación de agenda.                                   |                    |
| 2                                                       | 2). Realizar actividades de información, educación, comunicación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | -Se realiza atención al paciente mediante consulta médica o atención de urgencias informando su estado de salud , diagnostico , prevención de enfermedades y tratamiento de enfermedades al paciente y promoviendo el autocuidado tanto a nivel personal como familiar . | -Información registrada en medios magnéticos                                     |                    |
| 3                                                       | 3). Registrar en la historia clínica toda la información del acto médico, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultánea o inmediatamente después de su realización, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique o sustituya). | -Diligencie correcta y completamente la historia clínica en medios magnéticos de los pacientes atendidos, cumpliendo las normas de bioseguridad y los criterios definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y los demás entes competentes.                  | -Historia Clínica                                                                |                    |
| 4                                                       | 4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, estadísticas vitales, MIPRES, en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | -Se realiza la entrega oportuna de reportes e informes en los formatos diligenciados y certificados necesarios en la atención a los pacientes, con reportes de consentimiento informado y garantizando el cumplimiento de las normas de bioseguridad.                    | -Información registrada en medios magnéticos cumpliendo las normas de seguridad. |                    |
| 5                                                       | 5) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | -Informar mediante atención al paciente el tratamiento y procedimiento a seguir para evolución positiva del estado de salud y así mismo registrar en el sistema de gestión ( dinámica) de acuerdo a criterio médico el procedimiento a seguir al paciente.               | -Registrar la información del paciente en el aplicativo dinámica.                |                    |
| 6                                                       | 6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | -Se realiza la atención oportuna de acuerdo a programación de agendas para el cuidado integral del paciente acordadas con el supervisor del contrato, de acuerdo a normatividad legal vigente.                                                                           | -Programación de Agendas                                                         |                    |
| 7                                                       | 7). Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | -Realizar atención al paciente cumpliendo los protocolos de seguridad y cumpliendo el plan de tratamiento médico hasta su egreso y su atención y evolución en consulta ambulatoria.                                                                                      | -Registrar en historia clínica la evolución del paciente y su procedimiento.     |                    |

| <b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b> |                                                                                                                                                                               | <b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>                                                                                                             | <b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>    |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| 8                                                              | 8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento. | -Informar de acuerdo al estado de salud del paciente a familiares, acudientes o en notas a entidades en custodia el cuadro clínico de acuerdo la evolución o riesgo que presente el paciente. | -Historia Clínica              |
| 9                                                              | 9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.                                                                          | -Las demás actividades cumpliendo el objeto contractual de acuerdo a planeación con el Supervisor del contrato.                                                                               | -Agenda programación de turnos |

| 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 |                     |  |
| AÑO                                                     | MES                   | AÑO           | MES            | DÍA     | 9467119610                                          | -                          |                                                  | \$ 7548000          |  |
| 2024                                                    | ABRIL                 | 2024          | 05             | 15      |                                                     |                            |                                                  |                     |  |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras |                       |               |                |         | SIETE MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL PESOS |                            |                                                  |                     |  |
| Item                                                    |                       |               |                |         | Entidades Aportantes a Seguridad Social             | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes                      | Valor Aportado      |  |
| Pensionado                                              |                       |               |                | NO      | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | \$ 3019200                 | \$ 483072                                        | \$ 483100           |  |
| Salud                                                   |                       |               |                |         | FAMISANAR                                           |                            | \$ 377400                                        | \$ 377400           |  |
| ARL                                                     |                       |               |                | 3       | SURA                                                |                            | \$ 73548                                         | \$ 73600            |  |
| Caja de Compensación                                    |                       |               |                | NO      |                                                     | Total                      | \$ 876232                                        | \$ 934100           |  |
| INFORMACIÓN DE PAGO                                     |                       |               |                |         |                                                     |                            |                                                  |                     |  |
| Entidad Bancaria                                        | BANCO DAVIVIENDA S.A. |               | Tipo de Cuenta | AHORROS |                                                     | Número de Cuenta           | 488415489852                                     |                     |  |
| HISTÓRICO                                               |                       |               |                |         |                                                     |                            |                                                  |                     |  |
| OBSERVACIÓN                                             |                       |               |                |         | USUARIO                                             |                            |                                                  | FECHA               |  |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                     |                       |               |                |         | JUAN SEBASTIAN CLAVIJO CASTELLANOS                  |                            |                                                  | 2024-05-25 20:34:38 |  |
| RECHAZADO SUPERVISOR                                    |                       |               |                |         | MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ                           |                            |                                                  | 2024-05-28 12:30:41 |  |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                 |                       |               |                |         | JUAN SEBASTIAN CLAVIJO CASTELLANOS                  |                            |                                                  | 2024-05-29 09:57:58 |  |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                 |                       |               |                |         | JUAN SEBASTIAN CLAVIJO CASTELLANOS                  |                            |                                                  | 2024-05-29 10:00:35 |  |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                                    |                       |               |                |         | DARIO ALFONSO SUESCUN LOZANO                        |                            |                                                  | 2024-05-29 10:36:07 |  |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN                                   |                       |               |                |         | CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA                      |                            |                                                  | 2024-05-30 17:05:29 |  |

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)

NOTA: La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



**DARIO ALFONSO SUESCUN LOZANO**  
**MEDICO ESPECIALISTA-REFERENTE SUBRED**

### Planilla Integrada

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |         |              |                                    |                                                                        |                 |            |                    |                                 |             |           |                     |           |          |     |                       |     |     |                  |     |     |     |                  |               |     |                  |               |     |                  |               |        |                     |                  |     |    |
|-----------------------------------|---------|--------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------|--------------------|---------------------------------|-------------|-----------|---------------------|-----------|----------|-----|-----------------------|-----|-----|------------------|-----|-----|-----|------------------|---------------|-----|------------------|---------------|-----|------------------|---------------|--------|---------------------|------------------|-----|----|
| Identificación                    |         | dv           | Razon Social                       |                                                                        | Clase Aportante |            | Sucursal Principal |                                 | Direccion   |           | Ciudad-Departamento |           | Teléfono |     | Exonerado SENA e ICBF |     |     |                  |     |     |     |                  |               |     |                  |               |     |                  |               |        |                     |                  |     |    |
| CC 1018484973                     |         |              | CLAVIJO CASTELLANOS JUAN SEBASTIAN |                                                                        | INDEPENDIENTE   |            | PRINCIPAL          |                                 | LA ARBOLEDA |           | BOGOTA-BOGOTA D.E.  |           | 5555555  |     | No                    |     |     |                  |     |     |     |                  |               |     |                  |               |     |                  |               |        |                     |                  |     |    |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |              |                                    |                                                                        |                 |            |                    |                                 |             |           |                     |           |          |     |                       |     |     |                  |     |     |     |                  |               |     |                  |               |     |                  |               |        |                     |                  |     |    |
| Periodo                           |         | Clave        |                                    | Tipo                                                                   | Fecha           |            | Pago               |                                 |             |           |                     |           |          |     |                       |     |     |                  |     |     |     |                  |               |     |                  |               |     |                  |               |        |                     |                  |     |    |
| Pensión                           | Salud   | Pago         | Planilla                           | Planilla                                                               | Limite          | Pago       | Banco              |                                 |             | Días Mora |                     | Valor     |          |     |                       |     |     |                  |     |     |     |                  |               |     |                  |               |     |                  |               |        |                     |                  |     |    |
| 2024-04                           | 2024-04 | 639872357    | 9467119610                         | I                                                                      | 2024/05/20      | 2024/05/15 | BANCO DAVIVIENDA   |                                 |             | 0         |                     | \$934,100 |          |     |                       |     |     |                  |     |     |     |                  |               |     |                  |               |     |                  |               |        |                     |                  |     |    |
| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES  |         |              |                                    |                                                                        |                 |            |                    |                                 |             |           |                     |           |          |     |                       |     |     |                  |     |     |     |                  |               |     |                  |               |     |                  |               |        |                     |                  |     |    |
| EMPLEADO                          |         |              |                                    |                                                                        |                 |            |                    |                                 |             | NOVEDADES |                     |           |          |     |                       |     |     |                  |     |     |     |                  |               |     |                  |               |     |                  |               |        |                     |                  |     |    |
| No.                               | Tipo id | No id        | Nombre                             | Tipo Cotizante                                                         | Horas Laboradas | Extranjero | Temp. Ext.         | Fecha Radicación en el Exterior | ing         | Fecha ing | ret                 | Fecha ret | tde      | tae | tdp                   | tap | vsp | Fecha Inicio vsp | cor | vst | sln | Fecha Inicio sln | Fecha Fin sln | ige | Fecha Inicio Ige | Fecha Fin Ige | lma | Fecha Inicio lma | Fecha Fin lma | vac-lr | Fecha Inicio vac-lr | Fecha Fin vac-lr | avp | vc |
| 1                                 | CC      | 1018484973   | CLAVIJO CASTELLANOS JUAN SEBASTIAN | Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes |                 | 0          | No                 | No                              |             |           |                     |           |          |     |                       |     |     |                  |     |     |     |                  |               |     |                  |               |     |                  |               |        |                     |                  |     |    |
| Total                             |         | Afiliados(1) |                                    |                                                                        |                 |            |                    |                                 |             |           |                     |           |          |     |                       |     |     |                  |     |     |     |                  |               |     |                  |               |     |                  |               |        |                     |                  |     |    |

## Planilla Integrada

|                  |               |     |                  |               |     | SALARIO      |          |                 | PENSION        |      |              |        |                            |                  |                                 |                                |                             |                    |                   | SALUD      |             |                |      |              |        |                  |           |
|------------------|---------------|-----|------------------|---------------|-----|--------------|----------|-----------------|----------------|------|--------------|--------|----------------------------|------------------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|--------------------|-------------------|------------|-------------|----------------|------|--------------|--------|------------------|-----------|
| Fecha Inicio vct | Fecha Fin vct | Art | Fecha Inicio irt | Fecha Fin irt | Vip | Valor        | Integral | Tipo de Salario | Administradora | Dias | IBC          | Tarifa | Tarifa Alto Riesgo Pensión | Valor Cotización | Cotización Voluntaria Empleador | Cotización Voluntaria Afiliado | Fondo Solidaridad Pensional | Fondo Subsistencia | Valor No retenido | Total      | AFP Destino | Administradora | Dias | IBC          | Tarifa | Valor Cotización | Valor UPC |
|                  |               |     |                  |               |     | \$ 3.019.200 | No       |                 | COLPENSIONES   | 30   | \$ 3.019.200 | 16%    | SIN RIESGO                 | \$ 483.100       | \$ 0                            | \$ 0                           | \$ 0                        | \$ 0               | \$ 0              | \$ 483.100 |             | FAMISANAR      | 30   | \$ 3.019.200 | 12,5%  | \$ 377.400       | \$        |
|                  |               |     |                  |               |     |              |          |                 |                |      |              |        |                            |                  |                                 |                                |                             |                    |                   | \$ 483.100 |             |                |      |              |        | \$ 377.400       |           |

|       |             | CCF            |      |      |        |                  | RIESGOS        |      |              |        |              |                  | PARAFISCALES |      |             |                       |             |                       |             |                       |            |                      |                       |
|-------|-------------|----------------|------|------|--------|------------------|----------------|------|--------------|--------|--------------|------------------|--------------|------|-------------|-----------------------|-------------|-----------------------|-------------|-----------------------|------------|----------------------|-----------------------|
| Total | EPS Destino | Administradora | Días | IBC  | Tarifa | Valor Cotización | Administradora | Días | IBC          | Tarifa | Clase Riesgo | Valor Cotización | Días         | IBC  | Tarifa SENA | Valor Cotización SENA | Tarifa ICBF | Valor Cotización ICBF | Tarifa ESAP | Valor Cotización ESAP | Tarifa MEN | Valor Cotización MEN | Exonerado SENA e ICBF |
| 0     | \$ 377.400  |                | 0    | \$ 0 | 0%     | \$ 0             | ARL SURA       | 30   | \$ 3.019.200 | 2,436% | 3            | \$ 73.600        | 0            | \$ 0 | 0%          | \$ 0                  | 0%          | \$ 0                  | 0%          | \$ 0                  | 0%         | \$ 0                 | No                    |
|       | \$ 377.400  |                |      |      |        | \$ 0             |                |      |              |        |              | \$ 73.600        |              |      |             | \$ 0                  |             | \$ 0                  |             | \$ 0                  |            | \$ 0                 |                       |

## Planilla Integrada

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |         |                                    |                 |                    |                  |                     |                        |                       |           |
|-----------------------------------|---------|------------------------------------|-----------------|--------------------|------------------|---------------------|------------------------|-----------------------|-----------|
| Identificación                    | dv      | Razon Social                       | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion        | Ciudad-Departamento | Teléfono               | Exonerado SENA e ICBF |           |
| CC 1018484973                     |         | CLAVIJO CASTELLANOS JUAN SEBASTIAN | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | LA ARBOLEDA      | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 5555555                | No                    |           |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |                                    |                 |                    |                  |                     |                        |                       |           |
| Periodo                           |         | Clave                              |                 | Tipo               | Fecha            |                     | Pago                   |                       |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago                               | Planilla        | Planilla           | Limite           | Pago                | Banco                  | Dias Mora             | Valor     |
| 2024-04                           | 2024-04 | 639872357                          | 9467119610      | I                  | 2024/05/20       | 2024/05/15          | BANCO DAVIVIENDA       | 0                     | \$934,100 |
| RESUMEN DE PAGO                   |         |                                    |                 |                    |                  |                     |                        |                       |           |
| RIESGO                            | CODIGO  | NIT                                | DV              | AFILIADOS          | VALOR LIQUIDADO  | INTERESES MORA      | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR         |           |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1)          |         |                                    |                 | 1                  | \$483,100        | \$0                 | \$0                    | \$483,100             |           |
| COLPENSIONES                      | 25-14   | 900,336,004                        | 7               | 1                  | \$483,100        | \$0                 | \$0                    | \$483,100             |           |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1)          |         |                                    |                 | 1                  | \$73,600         | \$0                 | \$0                    | \$73,600              |           |
| ARL SURA                          | 14-11   | 890,903,790                        | 5               | 1                  | \$73,600         | \$0                 | \$0                    | \$73,600              |           |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1)          |         |                                    |                 | 1                  | \$377,400        | \$0                 | \$0                    | \$377,400             |           |
| FAMISANAR                         | EPS017  | 830,003,564                        | 7               | 1                  | \$377,400        | \$0                 | \$0                    | \$377,400             |           |
| <b>TOTAL</b>                      |         |                                    |                 | <b>1</b>           | <b>\$934,100</b> | <b>\$0</b>          | <b>\$0</b>             | <b>\$934,100</b>      |           |



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

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ☐ Si ☒ No

| Identificación de pago | numero 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

Documentos de ejecución del contrato

| Descripción              |                                                | Nombre del archivo                             | Cargado por |
|--------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | ARL SUPRA 1018484973 CTO 3890-2024.pdf         | ARL SUPRA 1018484973 CTO 3890-2024.pdf         | Comprador   |
|                          | CUENTA DE FEB 2024.pdf (Archivado)             | CUENTA DE FEB 2024.pdf                         | Proveedor   |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA FEBRERO - CTO N. 3890 - 2024.pdf        | CUENTA FEBRERO - CTO N. 3890 - 2024.pdf        | Proveedor   |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA MARZO - CTO N. 3890 - 2024.pdf          | CUENTA MARZO - CTO N. 3890 - 2024.pdf          | Proveedor   |
| <input type="checkbox"/> | CERTIFICADO_DE_ADHERENCIA_AL_CONOCIMIENTO_.pdf | CERTIFICADO_DE_ADHERENCIA_AL_CONOCIMIENTO_.pdf | Proveedor   |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA ABRIL - CTO N. 3890 - 2024.pdf          | CUENTA ABRIL - CTO N. 3890 - 2024.pdf          | Proveedor   |

Cancelar

< Evaluación c

E