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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | RICARDO JAIR CUESTA NOVOA | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 79574742 | |
| CORREO ELECTRONICO: | ricardoes17@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3002165272 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | C. EXT MEDICINA GENERAL PY D USS EL PORVENIR | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | PA34A37 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 7500888297 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 3075 | | | VIGENCIA | | 2024 | |
| NÚMERO DE CDP | 2242 | FECHA | 2024-10-31 16:34:27.000 | NÚMERO DE CRP | 65987 | FECHA | 2024-10-31 22:16:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | MEDICO GENERAL | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2024-10-01 | | 2024-10-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $6,101,916 | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 0% | | N/A | | | |

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

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $52,489,600 |
| VALOR EJECUTADO | $52,489,600 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $6,101,916 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $0 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 100% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 80503475 | $1,915,870 | $239,484 | $306,539 | 3 | $46,671 | $592,694 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
Supervisor

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

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

Copia certificada Subred Suroccidente

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

# CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| 1)Practicar las intervenviones y valoraciones medicas ,establecer diagnosticos y prescribir el tratamiento acorde con la patologia diagnostica. | Adherencia a las guias de amnejo en atención al usuario, seguir lineamientos y relamento interno de la institución | Demanda Inducida; Historia Clinica, Consentimiento informado |
| 2) Desarrollar y apoyar la ejecucion de actividades en promocion en salud , y prevencion de la enfermedad y vigilancia en salud publica a nivel intramural y extramural , ,necesarias en el ciclo evolutivo y vital de acuerdo con la normatividad vigente. | Elaboro las historias clínicas completas (atención primera vez, plan de tratamiento, procedimientos, urgencias, detección temprana y protección específica) de acuerdo con la normatividad vigente, de acuerdo a lo establecido a nivel institucional dando cumplimiento a los tiempos de atención y programaciones asistenciales. | se evidencia e formato de historia clinica y DINAMICO y manual |
| 3) Realizar las actividades propias del servicio de consulta medica asistencial. | Realizo el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas, formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y/o plan de mejoramiento a que haya lugar. | se realizan 186 horas contratadas mes 2 horas administrativas realizar 186 horas consulta a la fec ha 290 consultas teniendo una meta de 522 consultas de la ruta cerebrovascular y demas necesidad |
| 4) Elaborar las historias clinicas y demas registro clinicos de formas oportuna y completa deacuerdo a la normatividad vigente . | Desarrollo y apoyar la ejecución de actividades de promoción en salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública a nivel intra y extramural, necesarias en los diferentes grupos del ciclo evolutivo de acuerdo con la normatividad vigente | Historia clinica, actas, consentimiento informado |
| 5) Realizar el ejercicio de autocontrol autoregulacion autosugestion en las actividades oportunas y completas con la normatividad vigente | Participo en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud de la localidad y el área de influencia de la Empresa Social del Estado. | se realiza segun se requiera |
| 6) Formular y ejecutar las acciones preventivas correctivas y los planes de mejoramaieto q haya lugar en el desarrollo de las actividades | Reportes de fallas presentadas y acciones realizadas | Aplicativo, reportes y planes de mejora |
| 7) Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y o deplanes y o proyectos formualdos en los en el area o servicios asignados | Realizo cumplimiento a las agendas programadas para dar el cumplimiento a la productividad | contrato de 186 horas a necesidad de cumplimiento de metas |
| 8) Apoyar el desarrollo de estrategias de participacion social con los diferentes actores locales con el fin de garantizar las intervenciones de salud | Diligenciamiento completo y adecuado de losdiferentes formatos requeridos dentro del proceso | Historia clinica, actas, consentimiento informado |
| 9) Participar en la elaboracion y actualizacion del diagnostico de salud de la localidad y el area de influencia de la empresa social del estado | Realizar seguimiento seguro y oportuno al paciente y las canalizaciones a los servicios que requiere | Historia clinica |
| 10) Participar junrto con el quipo de salud en la evaliacion de la eficiencia y el impacto de los programas ofrecidos a la comunidad | Informar de forma clara al paciente y su familia el plan de manejo de su condición de salud | "Historia clinica y consentimiento informado vacuanmcion dos usuarios Gustavo Delgado CC 80361196 y Maria Lourdes Álvarez CC 43089223 citologias nina orta cc 4643017 y yurnelis porleo ptt 6555598 " |
| 11)Realizar la referencia y contra referencia de los usuarios cuando se requiera dentro de aplicado la esatrategia de ,etas de servicio de salud aplicados en la normatividad vigente | 7) Realizar las actividades pertinentes para notificar y enviar el producto a sus diferentes sistemas de vigilancia y realizar notificacion de sivistra | realizar fichas de notificación una ficha de sivistra |
| 12) Participar en las acciones de vigilancia epimediologica para las cituaciones identificadas que sean factor de riesgo para la poblacion | Aplicar durante el proceso de atención todos llinemaientos establecidos y guías de adherencia institucionales | historia clínica |
| 13) Identificar necesidades y participar en estudios tendientes a solucionar los p´roblemas de salud de la comunidad | Prestar el servicio de salud adecuado al usuario, dependiendo del tipo de necesidades que requiera. | Entrega de remisiones y recepción de contra remisiones para realización de actividades requeridas. |
| 14) Propiciar las relacciones de cordiancion necesaria para logra una eficas prestacion del servicio de salud en armonia con el talento humano del area de servicio | Participar en la elaboracion y actualizacion del diagnostico de salud de la localidad y el area de influencia de la empresa social del estado | Historia clinica |
| 15) Participar en el analisis de la infomacion de ofertas y demanda del servicio de salud del area de influencia que permirta proponer alternativas de solucion | Realización de actividades asignadas | presentando resultados de auditoria y adherencia a las guias). |
| 16) Aplicar lineamientos normas guias y protocolos que garanticen la adecuada prestacion del servicio | Participo de forma activa en el reporte de sucesos, para evitar y mitigar posibles eventos adversos. | realizo comunicación redundante y aplico inequívocos para que el usuario pueda entender los explicado en consulta. |
| 17) Reportar oportunamente las anomalias de la prestacion del servicio | Participar en las actividades programadas y reportar la no asitencia | acordarcon el lider como se repone la inasitencia |

Copia Controlada Subred Sur Occidente

| | | |
|---|---|---|
| 18) Presentar informes periodico sobre el desarrollo de sus actividades a las instancias pertinentes de acuerdo a las actividades encomendadas | Participo en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud de la localidad y el área de influencia de la Empresa Social del Estado. | se realiza segun se requiera |
| 19)Participar en la actualizacion de los procesos y procedimientos inherebntes a sus actividades cuando se requieran | Asistir a lasEAC;LCS entre otras actividades programadas por la institución | Actas de asistencia |
| 20) Asistir y participar activamente en las reuniones y en procesos de fortalecimiento a que haya lugar relacionar con las activides proyectos que ejecute | confiabilidad de la historia clínica solo con el paciente | realizar plan de contingencia y entregar a la persona encargada |
| 21) Garantizar la custodia de la informacion y la gestionm documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas | realizar notificaciones en caso de presentarlas por los diferentes medios que tiene la institución | intranet , al líder sistemas adecuados |
| 22) Revisar y notificar oportunamentet a el lider o supervisor el estado de las agendas de soporte que se generen durante las actividades realizadas | Realización de actividades asignadas | Actas de asistencia |
| 23) Cuando el profesional este asignado al area de urgencias a demas de las anteriores realizar las actividades | equipo asignado para reacción inmediata por el area de servicio | registro en historia clínica y demas documentos requerisos |
| 24) Las demas actividades solicitadas a fines con la naturaleza del objeto del contrato . | equipo asignado para reacción inmediata por el area de servicio | registro en historia clínica y demas documentos requerisos |

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 79574742 | RICARDO JAIR CUESTA NOVOA | CALLE 1 C 31 B 32 | 2174547 | RICARDOES17@HOTMAIL.COM | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-09 | 2024-09 | I | 18/10/2024 | 80503475 | $760.200 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 305.100 | 0 | | 0 | | 0 | 9 | 2.000 | 0 | 307.100 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 390.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 | 2.600 | 0 | 393.200 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 59.500 | | | | 59.500 | 9 | 400 | 59.900 | | | 595 | 59.900 | 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 | 9 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 9 | 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 | 305.100 | 307.100 |
| Pensión | 1 | 390.600 | 393.200 |
| Riesgos Laborales | 1 | 59.500 | 59.900 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 755.200 | 760.200 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 79574742 | RICARDO JAIR CUESTA NOVOA | | CALLE 1 C 31 B 32 | 2174547 | RICARDOES17@HOTMAIL.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 | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-09 | 2024-09 | I | 18/10/2024 | 80503475 | $760.200 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estornudo | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 79574742 | CUESTA NOVOA RICARDO JAIR | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 2.440.766 | 390.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 2.440.766 | 305.100 | 14-11 | 2.440.766 | 3 | 59.500 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

**DOCUMENTOEQUIVALENTE A FACTURAR**

**LA SUBREDINTEGRADA DESERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**

**E.S.ENIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**RicardoJair Cuesta Novoa**

**C.C 79.574.742 DeBogotá**

La suma de $ 6.101.916, por concepto de: honorarios de octubre durante elperiodo del 1al 31 de octubre de conformidad con lo establecido en el contrato de prestaciónde servicios No 3075 -2024 porvenir



**Nombredecontratista**

**C.C. 79.574.742 De Bogotá**

**CUENTA DE AHORROS BANCO**

**DAVIVIENDA Nro** 750088297

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

*blank*

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

*blank*

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | cuesta ener.pdf (Archivado) | cuesta ener.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | pan feb cuesta.pdf (Archivado) | pan feb cuesta.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | pan marz uesta.pdf (Archivado) | pan marz uesta.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | pan cuesta abril.pdf (Archivado) | pan cuesta abril.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | pantallazos febrero.pdf (Archivado) | pantallazos febrero.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | pantallazos marzo.pdf (Archivado) | pantallazos marzo.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | pantallazo abril.pdf (Archivado) | pantallazo abril.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | pantallazos febrero cuesta.pdf | pantallazos febrero cuesta.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | pantallazos marzo cuesta.pdf | pantallazos marzo cuesta.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | pantallazos abril cuseta.pdf | pantallazos abril cuseta.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | SOPORTES MAYO CUESTA.pdf | SOPORTES MAYO CUESTA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | PANTALLAZOS JUNIO SOLANO.pdf (Archivado) | PANTALLAZOS JUNIO SOLANO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PANTALLAZOS JUNIO CUESTA.pdf | PANTALLAZOS JUNIO CUESTA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PANTALLAZO CUESTA.pdf | PANTALLAZO CUESTA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | RICARDO JAIR CUESTA NOVOA.zip (Archivado) | RICARDO JAIR CUESTA NOVOA.zip | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | RICARDO JAIR CUESTA NOVOA (1).zip (Archivado) | RICARDO JAIR CUESTA NOVOA (1).zip | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | ricardo jair cuesta novoa.zip | ricardo jair cuesta novoa.zip | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PANTALLAZOS JULIO.pdf | PANTALLAZOS JULIO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | pantallazo agosto.pdf | pantallazo agosto.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PANTALLAZOS RICARDO.pdf | PANTALLAZOS RICARDO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) **018000-52-0808** www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.