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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	NANCY TRUJILLO MOSQUERA							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	30348555		
CORREO ELECTRONICO:	mona1202@hotmail.es				CELULAR:	3124908477		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	COLECTOR REHABILITACION HOSPITALARIA OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	KE10H03	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	20325679319					PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	3371			VIGENCIA	2024		
NÚMERO DE CDP	2508	FECHA	2024-11-30 07:21:37.000	NÚMERO DE CRP	72824	FECHA	2024-11-30 22:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	TERAPEUTA RESPIRATORIA						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2024-11-01		2024-11-30			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$5,354,910						
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:	$38,555,352
VALOR EJECUTADO	$38,555,352
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$5,354,910
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
81192964	$1,475,564	$184,446	$236,090	3	$35,945	$456,480

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

CLAUDIA ADRIANA PENAGOS NOVOA
52055407
Supervisor

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

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

Copia certificada Subred Suroccidente

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

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Realizar los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente.	CONSULTA DE ATENCION Y APOYO TERAPEUTICO, INHALOTERAPIA, REHABILITACION, VENTILACION MECANICA, TOMA DE MUESTRAS RESPIRATORIAS , GASES SANGUINEOS.	HISTORIA CLINICA DINAMICA PACIENTES HOSPITALIZACION
Ejecución del plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio	CONSULTA DE ATENCION Y APOYO TERAPEUTICO, INHALOTERAPIA, REHABILITACION, VENTILACION MECANICA, TOMA DE MUESTRAS RESPIRATORIAS , GASES SANGUINEOS.	HISTORIA CLINICA DINAMICA PACIENTES HOSPITALIZACION
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes	DILIGENCIAR HISTORIA CLINICA , EXPLICACION DE PROCEDIMIENTOS (CONSENTIMIENTO INFORMADO)	HISTORIA CLINICA DINAMICA PACIENTES HOSPITALIZACION
Participación en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado.	REGISTRO HISTORIA CLINICA , COMUNICACIÓN EQUIPO INTERDSICIPLINARIO, ENTREGA DE TURNO	HISTORIA CLINICA DINAMICA - LIBRO DE ENTREGA DE TURNO PACIENTES DE HOSPITALIZACION
Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su procesode habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso	EDUCACION AL PACIENTE Y/O FAMILIA	HISTORIA CLINICA DINAMICA
Llevar registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	LIBROS DE REGISTRO Y FORMATOS DE ESTADISTICA - INFORMES SALA ERA - ENVIO DE CORREOS CON REPORTES	LIBROS DE REGISTRO ACTIVIDADES Y TOMA DE MUESTRAS, FORMATOS DE ESTADISTICA, HISTORIA CLINICA DINAMICA.
Participar en la programación de las actividades de la Subred	ASISTIR A LAS CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES DESTINADAS PARA CADA SERVICIO, ENCUENTROS DE APRENDIZAJE CONTINUO CADA MES	REGISTRO EN LOS FORMATOS ASIGNADOS PARA CADA ACTIVIDAD
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	REPORTES DE SALA ERA – CORREOS ELECTRONICOS CON REPORTES, TOMA DE MUESTRAS RESPIRATORIAS	REGISTRO DE SALA ERA, CORREOS ELECTRONICOS, REGISTRO DE TOMA DE MUESTRAS
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	EJECUTAR ACCIONES PREVENTIVAS - PLAN DE MEJORAMIENTO - REPORTES SEGURIDAD DEL PACIENTE, PARTICIPACION EN ENCUENTROS DE APRENDIZAJE CONTINUO DE REHABILITACION Y/O TERAPIA RESPIRATORIA, SOCIALIZACION DE SUCESOS DE SEGURIDAD	REPORTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE - PLANES DE MEJORA - LISTADOS DE ASISTENCIA ENCUENTROS DE APRENDIZAJE CONTINUO DEL MES DE NOVIEMBRE
Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes	REALIZAR BREAFING A LA CABECERA DEL PACIENTE	REALIZAR UN DEBREAFING DE LOS PROCESOS A SEGUIR CON EL PACIENTE
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	REGISTRO DE HISTORIA CLINICA: EVCARD/HETR/CSERA/ REGISTRO GASES - LIBROS DE REGISTRO	HISTORIA CLINICA DINAMICA
Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio	CONSULTA DE ATENCION Y APOYO TERAPEUTICO	HISTORIA CLINICA DINAMICA
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	EDUCACION AL PACIENTE Y/O FAMILIA - SOCIALIZACION DE DEBERES Y DERECHOS	HISTORIA CLINICA DINAMICA
Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio	PARTICIPACION EN LA ACTUALIZACION E IMPLEMENTACION DE GUIAS DE MANEJO - PARTICIPACION EN ENCUENTROS DE APRENDIZAJE CONTINUO DE TERAPIA Y REHABILITACION	HISTORIA CLINICA DINAMICA - ALMERA - LISTA DE ASISTENCIA ENCUENTRO DE APRENDIZAJE CONTINUO DE TERAPIA Y REHABILITACION DE NOVIEMBRE
Informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades.	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA - SOLICITUD DE INSUMOS - REPORTE DE SUCESOS DE SEGURIDAD	HISTORIA CLINICA DINAMICA - REPORTE DE SUCESOS DE SEGURIDAD

Copia Controlada Subred Sur Occidente

Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área.	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA - LIBROS DE REGISTRO ENTREGA DE TURNO - TOMA DE MUESTRAS RESPIRATORIAS - EXTUBACIONES - FROMATOS DE TRAZABILIDAD VENTILADORES -LISTA DE CHEQUEO -LIMPIEZA Y DESINFECCION - INVENTARIO, STOCK	HISTORIA CLINICA DINAMICA - LIBROS DE REGISTRO Y LISTAS DE CHEQUEO HOSPITALIZACION
Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios	AISISTIR A TALLERES PRACTICO-TEORICOS QUE GENEREN ACTUALIZACION EN LOS PROCESOS	APLICACION DE ACTUALIZACIONES EN LAS ACTIVIDADES DIARIAS
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	CUMPLIR CON TODAS LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS EN EL CONTRATO	NO APLICA, NO DESIGNACION DE CONTRATOS A SUPERVISAR
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente.	REGISTROS DE HISTORIA CLINICA DINAMICA - APLICAR PROCESOS DE MANUAL DE CALIDAD	HISTORIA CLINICA DINAMICA - ALMERA
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato	VERIFICACION CON LA SUPERVISORA DEL CONTRATO CADA MES SOBRE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS	LIBROS DE REGISTRO DE ACTIVIDADES Y RETROALIMENTACION DE LAS MISMAS
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	VELAR Y RESPONDER POR LOS RECURSOS Y ADECUADO FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS	INVENTARIO - REPORTES A COORDINACION Y/O MANTENIMIENTO
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	ASISTIR A CAPACITACIONES, REUNIONES CONVOCADAS Y SIMULACROS DE ACREDITACION	LISTADOS DE ASISTENCIA ASEGURATE TEMA: DIAGNOSTICO CORRECTO
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	APLICACIÓN DE GUIAS DE MANEJO, PROTOCOLOS, PROCEDIMIENTOS, LISTAS DE CHEQUEO	HISTORIA CLINICA DINAMICA - ALMERA
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	ENTREGA MENSUAL CON CUENTA DE COBRO	ENTREGA DE SOPORTES DIGITALES DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL MES DE OCTUBRE
Las demás actividades solicitadas afines con la naturaleza del contrato.	NO PROGRAMADO	NO APLICA

CLAUDIA ADRIANA PENAGOS NOVOA
52055407
Supervisor

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

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

Copia Controlada 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	30348555	NANCY TRUJILLO MOSQUERA	CARRERA 111 C # 88 15 APTO 302 INT 15	8073695	MONA1202@HOTMAIL.ES	
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	
2024-10	2024-10	I	13/11/2024	81192964	$456.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	184.500	0		0		0	0	0	0	184.500	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	236.200	0	0	0	0	0	0		236.200	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	36.000				36.000	0	0	36.000			360	36.000	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	184.500	184.500
Pensión	1	236.200	236.200
Riesgos Laborales	1	36.000	36.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	456.700	456.700

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	30348555	NANCY TRUJILLO MOSQUERA		CARRERA 111 C # 88 15 APTO 302 INT 15	8073695	MONA1202@HOTMAIL.ES	
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	
2024-10	2024-10	I	13/11/2024	81192964	$456.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	30348555	TRUJILLO MOSQUERA NANCY	59	0			N																	25-14	1.476.000	236.200	0	0	0	0	EPS008	1.476.000	184.500	14-11	1.476.000	3	36.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Tipo Identificación	Numero Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Ultimo Periodo Compensado	EPS/EOC	Tipo Afiliación
CC	30348555	TRUJILLO	MOSQUERA	NANCY		2017-11	CRUZ BLANCA E.P.S	COTIZANTE
CC	30348555	TRUJILLO	MOSQUERA	NANCY		2024-09	EPS COMPENSAR	COTIZANTE

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
EPS COMPENSAR	09/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	08/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	07/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	06/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	05/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	04/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	03/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	02/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	01/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	12/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	11/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	10/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	09/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	08/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	07/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	06/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	05/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	04/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	03/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	02/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	01/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	12/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	11/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	10/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	09/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	08/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	07/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización

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

Datos guardados

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	30348555 FEBRERO 2024.pdf	30348555 FEBRERO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	30348555 marzo 2024.pdf	30348555 marzo 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	30348555 abril 2024.pdf	30348555 abril 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	30348555 mayo 2024.pdf	30348555 mayo 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	30348555 junio 2024.pdf	30348555 junio 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	30348555 Julio 2024.pdf	30348555 Julio 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	30348555 agosto 2024.pdf	30348555 agosto 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	30348555 septiembre 2024.pdf	30348555 septiembre 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	30348555 octubre 2024.pdf	30348555 octubre 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

DOCUMENTO EQUIVALENTE No 11/ 2024

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

NANCY TRUJILLO MOSQUERA

C.C 30.348.555 DE LA DORADA - CALDAS

La suma de $ 5.354.910 (Cinco millones trescientos cincuenta y cuatro mil novecientos diez pesos M/C), por concepto de: Prestación de servicios como Terapeuta Respiratoria en el área de Hospitalización de la USS Kennedy, durante el periodo de 01 al 30 de noviembre del 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N°3371 – 2024.



NANCY TRUJILLO MOSQUERA

C.C 30.348.555 DE LA DORADA - CALDAS

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO 20325679319