| 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: | HASBLEYDI PAOLA CEDIEL CORTES | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1023025260 | | |
| CORREO ELECTRONICO: | CEDIPAO97@GMAIL.COM | | | | CELULAR: | 3004757576 | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | URG URGENCIAS PEDIÁTRICAS HOSPITAL PEDIATRICO TINTAL | | | | SEDE: | SUBRED | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | | |
| | KE11B05 | 100 | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DE BOGOTA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 161795042 | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 4069 | | | VIGENCIA | 2024 | | |
| NÚMERO DE CDP | 164 | FECHA | 2025-01-20 17:27:32.000 | NÚMERO DE CRP | 5514 | FECHA | 2025-01-20 18:10:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-01-01 | | 2025-01-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $2,061,438 | | | | |
| 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: | $24,606,477 |
| VALOR EJECUTADO | $24,537,762 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,061,438 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $68,715 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9479471740 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

ANA LEONOR MARTINEZ MOSQUERA
35589089
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 |
|---|---|---|
| Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería. | Realizar recibo y entrega de turno, conformbe a saer | Se diligencia lista de verificacion |
| Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio. | el cumplimiento Porta uniforme y elementos necesarios para de las actividades | Anecdotario |
| informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente. | Realizar procedimiento básicos de enfermería a pacientes asignados | Bitácora de procedimiento |
| Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención | Aplicar protocolo de bienvenida al paciente que ingresa al servicio | Bitácora y/o lista de verificación |
| Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio | Se realiza educación a paciente y familiar de procedimiento y cuidados a ralizar | Se diligncia historia clinica |
| Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad | Realiza aseo y desinfección de camas,camillas e inmobiliario de paciente | Lista de verificación de limpieza y desinfección |
| Brindar orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes | Explico en forma clara a los pacientes y familiares con acuerdo a sus derechos y deberes, sobre diagnosticos, examen y procedimeintos a realizar | Se notifica historia clinica del paciente |
| Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio. | Realizar procedimiento básicos de enfermería a pacientes asignados | Bitácora de procedimiento |
| Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible | Se realizan registros en forma clara , ordenada y secuencial deacuerdo a lo presentado por los pacientes | Realizo actividades y verificación |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | Se cumple y apoyan las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | Mediante actas y registros visuales |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento. | Se elabora mensualmente un informe sobre las actividades realizadas para la certificación de cumplimiento del contrato. | Se elabora mensualmente un informe sobre las actividades realizadas para la certificación de cumplimiento del contrato. |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | Me responzabilizo por los elementos entregados para el desempeño de mis actividades y se entregaran a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | Acta de entrega y devolución de dichos elementos |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado | Asiste a las capacitaciones programadas , SEGURATE, UAT, ULC, CONVERSATORIO | Por medio de actas y registros |
| Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | Realizacion de las respectivas fallas de calidad que se presentan en el servicio, participando activamente en los planes de mejora definidas para el servicio | Registrado en la plataforma |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, demás de apoyar la implementación de los mismos | Leo continuamente los mensajes dados por la subred, apoyando los cambios e implementació n de nuevos proceso o procedimiento s Participo de las capacitacione s dadas por diferntes areas | Realizo actividades y verificación |
| Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. | Asiste a las capacitaciones programadas en el HOSPITAL PEDIATRICO TINTAL | Formato de asistencia de capacitación |
| Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred | Se realiza el respectivo registro de las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio | Registro de dichas actividades en la plataforma suresco |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | Se entrega mensualmente en el tiempo estipulado la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales | Se entregan soportes impresos de dichas obligaciones |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato | Se realizan las actividades que me son asignadas acordes con el objeto del contrato. | Constancia en actas, registros escritos, correos, registros on line, plataforma Dinamica Grencial, aplicativos respectivos |
| Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. | Comunicacion acertiva con el equipo de trabajo al momento de Impartir instrucciones sobre conductas definidas sobre el paciente pediatrico. | Evidenciado en el cumplimiento de la indicación |

Copia Controlada Subred Sur Occidente

ANA LEONOR MARTINEZ MOSQUERA
35589089
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

**DOCUMENTO EQUIVALENTE AFACTURA**

**LASUBRED INTEGRADADE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**

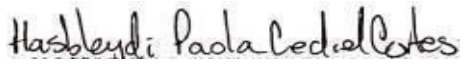
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**HASBLEYDI PAOLA CEDIEL CORTES**

**CC. 1023025260 DE BOGOTA**

La suma $2.061.438 (DOS MILLONES SESENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y OCHCO PESOS M.C.T) por concepto de: prestación de servicios como auxiliar de enfermería, en el área de urgencias de la USS patio bonito tintal , durante el periodo de 1 al 31 de ENERO del año 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4069-2024



**HASBLEYDI PAOLA CEDIEL CORTES**

**CC. 1023025260 DE BOGOTA**

**CUENTADE AHORROS BANCO BOGOTA**

**NÚMERO 161795042**

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1023025260 | | CEDIEL CORTES HASBLEYDI PAOLA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Cra 17g #66a sur -24 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7658492 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-12 | 2024-12 | 1175026488 | 9479471740 | I | 2025/01/16 | 2025/01/07 | BANCO DE BOGOTA | 0 | $402,200 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |
| 1 | CC 1023025260 | CEDIEL HASBLEYDI | 230301 | 30 | $1,300,000 | $208,000 | EPS017 | 30 | $1,300,000 | $162,500 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1,300,000 | $31,700 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1023025260 | | CEDIEL CORTES HASBLEYDI PAOLA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Cra 17g #66a sur -24 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7658492 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-12 | 2024-12 | 1175026488 | 9479471740 | I | 2025/01/16 | 2025/01/07 | BANCO DE BOGOTA | 0 | $402,200 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $208,000 | $0 | $0 | $208,000 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $208,000 | $0 | $0 | $208,000 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $31,700 | $0 | $0 | $31,700 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $31,700 | $0 | $0 | $31,700 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $162,500 | $0 | $0 | $162,500 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830,003,564 | 7 | 1 | $162,500 | $0 | $0 | $162,500 |
| TOTAL | | | | 1 | $402,200 | $0 | $0 | $402,200 |

| Tipo Identificación | Numero Identificación | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Ultimo Periodo Compensado | EPS/EOC | Tipo Afiliación |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1023025260 | CEDIEL | CORTES | HASBLEYDI | PAOLA | 2016-02 | EPS COMPENSAR | COTIZANTE |
| CC | 1023025260 | CEDIEL | CORTES | HASBLEYDI | PAOLA | 2019-05 | CAPITAL SALUD EPSS S.A.S. | COTIZANTE |
| CC | 1023025260 | CEDIEL | CORTES | HASBLEYDI | PAOLA | 2024-12 | EPS FAMISANAR | COTIZANTE |

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

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| EPS FAMISANAR | 10/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 09/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 08/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 07/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 06/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 05/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 04/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 03/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 02/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 01/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 12/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 11/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 10/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 09/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 08/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 07/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 06/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 05/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 04/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 03/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 02/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 01/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 12/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 11/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 10/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 09/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 08/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 07/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 06/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 05/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 04/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 03/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 02/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| EPS FAMISANAR | 01/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 12/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 11/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 10/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 09/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 08/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 07/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 06/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| CAPITAL SALUD EPSS S.A.S. | 05/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| CAPITAL SALUD EPSS S.A.S. | 04/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| CAPITAL SALUD EPSS S.A.S. | 03/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| CAPITAL SALUD EPSS S.A.S. | 02/2019 | 4 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 02/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |

Información Importante:

El campo “Observación *” denota la siguiente situación:

**Pago con cotización:** Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Pago Normal, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

**Estado Emergencia:** Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Estado Emergencia, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Por lo anterior no tienen cotizaciones en salud.

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | DESIGNACION DE NUEVO SUPERVISOR No. 4069-2024.pdf | DESIGNACION DE NUEVO SUPERVISOR No. 4069-2024.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | 4069-2024-FEBRERO.pdf | 4069-2024-MARZO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | 4069-2024-MARZO.pdf (Archivado) | 4069-2024-ABRIL.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 4069_2024_MARZO..pdf | 4069_2024_MARZO..pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 4069_2024_ABRIL_.pdf | 4069_2024_ABRIL_.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 4069 2024 HASBLEYDI CEDIEL MAYO 2024.pdf | 4069 2024 HASBLEYDI CEDIEL MAYO 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 4069_2024_JUNIO.pdf | 4069_2024_JUNIO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 4069_2024_JULIO.pdf | 4069_2024_JULIO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 4069_2024_AGOSTO.pdf | 4069_2024_AGOSTO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 4069_2024_SEPTIEMBRE.pdf | 4069_2024_SEPTIEMBRE.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 4069_2024_OCTUBRE.pdf | 4069_2024_OCTUBRE.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 4069_2024_NOVIEMBRE.pdf | 4069_2024_NOVIEMBRE.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 4069_2024_DICIEMBRE.pdf | 4069_2024_DICIEMBRE.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

10:01 LTE+ 35 %

forms.office.com/pag

Las respuestas se han enviado correctamente.

Algo importante que puede hacer a continuación

Guardar mi respuesta

Microsoft Forms

¡Prepárese para su propia invitación al evento!




Comenzar ah

CV

Microsoft 365

Microsoft Forms | Encuestas, cuestionarios y sondeos con tecnología de inteligencia artificial Crear mi propio formulario

El propietario de este formulario no ha proporcionado una