

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

|                         |                                    |            |                                      |               |          |
|-------------------------|------------------------------------|------------|--------------------------------------|---------------|----------|
| DATOS DEL INFORME       |                                    |            |                                      |               |          |
| Periodo a Certificar:   | Desde:                             | 2025-05-01 | Hasta:                               | 2025-05-31    |          |
| Nombre del Contratista: | BORIS CARLOS FERNANDEZ HERNANDEZ   |            | Número de Documento:                 | 1026261637    |          |
| Correo Electrónico:     | boris.ferdez@gmail.com             |            | Número Telefónico:                   | 3118540608    |          |
| Nombre del Supervisor:  | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | Cargo:     | PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD | Código Grado: | - 242-25 |

|                                |                                          |               |      |                       |      |
|--------------------------------|------------------------------------------|---------------|------|-----------------------|------|
| DATOS DEL CONTRATO             |                                          |               |      |                       |      |
| No. Contrato:                  | 8343-2024                                | Año Contrato: | 2024 | CDP Contrato Inicial: | 2882 |
| Perfil:                        | TECNICO 2-EBE                            |               |      |                       |      |
| Dirección a la que Perteneces: | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD |               |      |                       |      |
| Unidad de Servicios:           | USS SANTA MARTA                          |               |      |                       |      |

| LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS     |                                          |                                                                              |              |                          |            |           |                                |
|------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------|------------|-----------|--------------------------------|
| Centro de Costos             | Dirección                                | Unidad                                                                       | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total     | Procentaje(%) Centro de Costos |
| V07UI502                     | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | USS SANTA MARTA                                                              | 184          | 0                        | 13804      | \$2539936 | 103.2%                         |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 2539936                               | DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS |              |                          |            |           |                                |

|                                     |              |                   |             |                                           |            |
|-------------------------------------|--------------|-------------------|-------------|-------------------------------------------|------------|
| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO |              |                   |             |                                           |            |
| Fecha de Inicio del Contrato        |              | 2024-12-10        |             | Fecha de Terminación del Contrato Inicial | 2025-01-15 |
| No. Prorroga                        | Fecha Inicio | Fecha Terminación | No. Adición | Valor Adición                             | CDP        |
| 1                                   | 2024-12-31   | 2025-02-28        | 1           | \$ 4920896                                | 51         |
| 2                                   | 2025-01-16   | 2025-02-28        | 2           | \$ 4920896                                | 51         |
| 3                                   | 2025-02-25   | 2025-04-09        | 3           | \$ 4014274                                | 402        |
| 4                                   | 2025-04-08   | 2025-05-31        | 4           | \$ 4524673                                | 680        |
| 5                                   | 2025-05-24   | 2025-06-30        | 5           | \$ 2622760                                | 892        |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO                     |                                                                                                                                      |                                                                                                                          |                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| No. Cuenta Según el Mes Certificado                     |                                                                                                                                      | Mes Cuenta de Cobro                                                                                                      | Valor a Pagar                                                                                                |
| 1                                                       |                                                                                                                                      | DICIEMBRE                                                                                                                | \$ 1724988                                                                                                   |
| 2                                                       |                                                                                                                                      | ENERO                                                                                                                    | \$ 2460448                                                                                                   |
| 3                                                       |                                                                                                                                      | FEBRERO                                                                                                                  | \$ 3276140                                                                                                   |
| 4                                                       |                                                                                                                                      | MARZO                                                                                                                    | \$ 2460448                                                                                                   |
| 5                                                       |                                                                                                                                      | ABRIL                                                                                                                    | \$ 2885036                                                                                                   |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                              |                                                                                                                                      | VALOR TOTAL DEL CONTRATO                                                                                                 | PAGOS REALIZADOS                                                                                             |
| \$ 1804329                                              |                                                                                                                                      | \$ 22807828                                                                                                              | \$ 12807060                                                                                                  |
|                                                         |                                                                                                                                      |                                                                                                                          | \$ 10000768                                                                                                  |
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) |                                                                                                                                      | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                               | PRODUCTO O EVIDENCIA                                                                                         |
| 1                                                       | Realizar Apropiación conceptual sobre los instrumentos de información enmarcados en el lineamiento operativo.                        | - Análisis exhaustivo de lineamientos y documentos técnicos, identificación de conceptos clave y prácticas recomendadas. | - Resumen conceptual sobre los puntos clave y su aplicación.                                                 |
| 2                                                       | Apoyar en brindar capacitación a los equipos básicos extramurales en su correcto diligenciamiento.                                   | - Planificación y ejecución de talleres, desarrollo de materiales de capacitación.                                       | - Lista de asistencia, presentaciones utilizadas, material de apoyo y evaluación de conocimientos aplicados. |
| 3                                                       | Apoyar y diseñar herramientas de software para implementar controles a la gestión de los equipos básicos extramurales.               | - Creación de plantillas y formularios digitales, configuración de software de control de gestión.                       | - Prototipo funcional de la herramienta, manual de usuario, informe de pruebas y validación.                 |
| 4                                                       | Generar Alertas a la gerencia para validar el correcto funcionamiento de las soluciones de hardware/software.                        | - Monitoreo del funcionamiento del sistema, análisis de desempeño y detección de fallas.                                 | - Reportes de incidencias, registros de alertas emitidas, correos de notificación a la gerencia.             |
| 5                                                       | Realizar Acompañamiento a reuniones convocadas por la SDS o Entidades solicitantes                                                   | - Participación activa en reuniones, toma de notas y preparación de minutas.                                             | - Minutas de reunión, listas de asistentes, acciones y compromisos asumidos.                                 |
| 6                                                       | Consolidar bases de datos y salidas de información generadas en los equipos básicos extramurales.                                    | - Recopilación y depuración de datos provenientes de los equipos, estandarización de formatos.                           | - Base de datos consolidada, informe de resultados y análisis de datos obtenidos.                            |
| 7                                                       | Consolidar, revisar y evaluar información consignada en formularios o aplicaciones de recolección de datos.                          | - Validación de calidad y completitud de los datos en formularios.                                                       | - Informe de evaluación de calidad de los datos, lista de registros revisados, plan de mejora.               |
| 8                                                       | Dar cumplimiento a la ejecución de obligaciones contenidas en el clausulado, según la matriz programática de la Secretaría de Salud. | - Revisión periódica de la matriz programática, verificación de cumplimiento de objetivos.                               | - Informe de cumplimiento, lista de verificación de actividades ejecutadas y pendientes.                     |
| 9                                                       | Organizar soportes documentales siguiendo directrices del sistema de gestión documental de la entidad.                               | - Clasificación y archivo de documentos, digitalización y respaldo de soportes físicos.                                  | - Registro de documentos organizados, archivo digitalizado, inventario documental.                           |
| 10                                                      | Participar en Comités Técnicos y espacios de articulación y acompañamiento técnico                                                   | - Intervención en comités y espacios técnicos, presentación de informes y propuestas.                                    | - Actas de comités, presentaciones de temas discutidos, resumen de decisiones y acuerdos.                    |

| <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>                                                                 |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11                                                             | Realizar agendamiento, abordaje, visitas, valoración integral, planificación de la atención, seguimiento y monitoreo en territorios priorizados | - Coordinación de agendas, registro de visitas y resultados de las valoraciones.                                | - Agenda de visitas, formulario de valoración integral, informes de seguimiento.            |
| 12                                                             | Realizar y apoyar la elaboración de informes, reportes y documentos requeridos.                                                                 | - Compilación de información, redacción y estructuración de informes.                                           | - Informes y reportes finalizados, cronograma de entrega, revisión de calidad.              |
| 13                                                             | Registrar oportunamente información pertinente en instrumentos de control.                                                                      | - Actualización de registros en tiempo real, revisión de consistencia de datos.                                 | - Registro de control actualizado, informes de actividad.                                   |
| 14                                                             | Retroalimentar hallazgos al gerente del convenio, gestor local y miembros de los equipos territoriales.                                         | - Preparación y realización de sesiones de retroalimentación, discusión de hallazgos y oportunidades de mejora. | - Actas de retroalimentación, correos de seguimiento y acuerdos de mejora.                  |
| 15                                                             | Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.                                               | - Soporte en actividades adicionales, implementación de mejoras en procesos administrativos.                    | - informe de actividades misionales adicionales, registros de mejora, actas de seguimiento. |

| 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 |           | \$ 2885036     |
| AÑO                                                     | MES   | AÑO           | MES | DÍA | 86530149                                                         | -                          |                                                  |           |                |
| 2025                                                    | ABRIL | 2025          | 05  | 12  |                                                                  |                            |                                                  |           |                |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras |       |               |     |     | DOS MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL TREINTA Y SEISPESOS |                            |                                                  |           |                |
| Item                                                    |       |               |     |     | Entidades Aportantes a Seguridad Social                          | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes                      |           | Valor Aportado |
| Pensionado                                              |       |               |     | NO  | PROTECCIÓN                                                       | \$ 1423500                 | \$ 227760                                        | \$ 227800 |                |
| Salud                                                   |       |               |     |     | SURA                                                             |                            | \$ 177938                                        | \$ 178000 |                |
| ARL                                                     |       |               |     | 3   | SURA                                                             |                            | \$ 34676                                         | \$ 34700  |                |
| Caja de Compensación                                    |       |               |     | NO  |                                                                  | Total                      | \$ 413129                                        | \$ 440500 |                |

| INFORMACIÓN DE PAGO |                       |                |         |                  |              |
|---------------------|-----------------------|----------------|---------|------------------|--------------|
| Entidad Bancaria    | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 488419230039 |

| HISTÓRICO                           |                                    |                     |
|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------|
| OBSERVACIÓN                         | USUARIO                            | FECHA               |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | BORIS CARLOS FERNANDEZ HERNANDEZ   | 2025-05-27 17:30:41 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | 2025-05-28 09:21:09 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN               | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO          | 2025-05-28 19:13:32 |

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.

*Yolanda Janneth Montilla*

YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA  
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                                  |        |                  |                    |                        |
|-------------------------------------|-------------------|----------------------------------|--------|------------------|--------------------|------------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                 |        | DIRECCIÓN        | TELÉFONO           | CORREO                 |
| CC                                  | 1026261637        | BORIS CARLOS FERNANDEZ HERNANDEZ |        | Calle 1 # 7 - 54 | 3333730            | boris.ferdez@gmail.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 |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 1            0   |
| 2025-04              | 2025-04                           | I             | 12/05/2025               | 86530149        | \$440.500        |

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 |           |                       |                |               |               |
| EPS010        | EPS Sura | 800088702-2 | 178.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 178.000       | 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 |
| 230201          | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 227.800                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 227.800       | 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 | 34.700                 |                  |       |                        | 34.700                | 0         | 0                     | 34.700              |                            |                     | 347               | 34.700        | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |  |  |  |     |              |           |
|---------------|--------|--|--|--|-----|--------------|-----------|
| Código CCF    | Nombre |  |  |  | NIT | Valor Aporte | Días Mora |
|               |        |  |  |  |     |              |           |
|               |        |  |  |  |     |              |           |
|               |        |  |  |  |     |              |           |
|               |        |  |  |  |     |              |           |
|               |        |  |  |  |     |              |           |
|               |        |  |  |  |     |              |           |
|               |        |  |  |  |     |              |           |
|               |        |  |  |  |     |              |           |
|               |        |  |  |  |     |              |           |

| 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                              | 178.000                             | 178.000       |
| Pensión                | 1                              | 227.800                             | 227.800       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 34.700                              | 34.700        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 440.500                             | 440.500       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                  |        |                  |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|----------------------------------|--------|------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                 |        | DIRECCIÓN        | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1026261637        | BORIS CARLOS FERNANDEZ HERNANDEZ |        | Calle 1 # 7 - 54 | 3333730            | boris.ferdez@gmail.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     |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC           |
| 2025-04              | 2025-04                           | I             | 12/05/2025               | 86530149        | \$440.500     |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                                  |           |         |           |                   |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |    |    |    |    |    |       |    |          |                   |            |                      |                      |                                |                                 |              |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
|-----------------------|------|-----------------------|----------------------------------|-----------|---------|-----------|-------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|----|----|----|----|----|-------|----|----------|-------------------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                                  |           |         |           |                   |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |    |    |    |    |    | SALUD |    |          | RIESGOS LABORALES |            |                      | CCF                  |                                |                                 | PARAFISCALES |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres              | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Columna exonerada | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN    | IOE | MA | MA | MA | MA | MA | MA    | MA | Cód. AFP | IBC AFP           | Cotización | Voluntari o 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   | 1026261637            | FERNANDEZ HERNANDEZ BORIS CARLOS | 59        | 0       |           | N                 |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |    |    |    |    |    |       |    | 230201   | 1.423.500         | 227.800    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS010       | 1.423.500 | 178.000                | 14-11    | 1.423.500 | 3               | 34.700     |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 |

PAGADA

**Pago PSE****Resultado de su transacción****Código único CUS**

1475420591

**Destino de pago**

COMPENSAR-OI

**Motivo**

MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

**Fecha**

12/05/2025

**Número de aprobación**

00420591

**Dirección IP**

161.10.20.187

**Valor transacción**

\$ 440.500,00

**Costo de la transacción**

\$ 0,00 IVA incluido

**Referencia 1****Referencia 2**

CC

**Referencia 3**

1026261637

- Esitorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato
- 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 |                           |                         |
|--------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | DOC CTO-8343-2024.zip                                   | DOC CTO-8343-2024.zip                         | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA MARZO 2025 CTO 8343-2024.pdf                     | CUENTA MARZO 2025 CTO 8343-2024.pdf           | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
|                          | CUENTA COBRO ABRIL 2025 - CTO 8343-2024.pdf (Archivado) | CUENTA COBRO MARZO 2025 - CTO 8343-2024.pdf   | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA COBRO MARZO 2025 - CTO 8343-2024.pdf             | CUENTA COBRO MARZO 2025 - CTO 8343-2024.pdf   | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA ENERO 2025 CTO 8343-2024.pdf                     | CUENTA ENERO 2025 CTO 8343-2024.pdf           | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA COBRO FEBRERO 2025 - CTO 8343-2024.pdf           | CUENTA COBRO FEBRERO 2025 - CTO 8343-2024.pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA COBRO DICIEMBRE CTO 8343-2024.pdf                | CUENTA COBRO DICIEMBRE CTO 8343-2024.pdf      | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA COBRO ABRIL 2025 - CTO 8343-2024.pdf             | CUENTA COBRO ABRIL 2025 - CTO 8343-2024.pdf   | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |

Cancelar