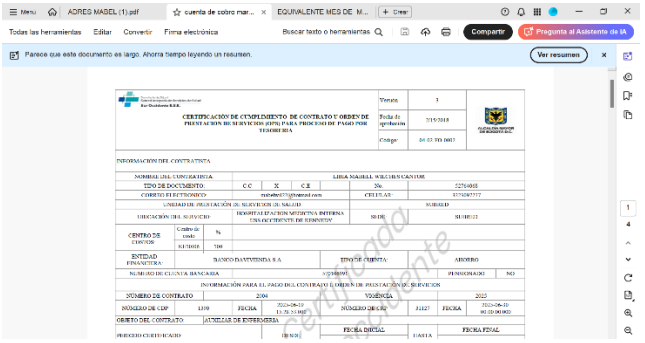


Tipo Identificación	Número Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Valor Pactado Compensación	EPS/EOC	Tipo Afiliación
CC	52764068	WILCHES	CANTOR	LIBIA	MABEL	3855.04	CES SOMEDICAL	CONTRATO

EPS/EOC	Periodo Compensado	Días Compensados	Tipo Afiliado	Observación
EPS CONVIDA SAS	04/2025	30	CONTRATO	Pago por validación
EPS CONVIDA SAS	03/2025	30	CONTRATO	Pago por validación
EPS CONVIDA SAS	02/2025	30	CONTRATO	Pago por validación
EPS CONVIDA SAS	01/2025	30	CONTRATO	Pago por validación
EPS CONVIDA SAS	12/2024	30	CONTRATO	Pago por validación
EPS CONVIDA SAS	11/2024	30	CONTRATO	Pago por validación
EPS CONVIDA SAS	10/2024	30	CONTRATO	Pago por validación
EPS CONVIDA SAS	09/2024	30	CONTRATO	Pago por validación
EPS CONVIDA SAS	08/2024	30	CONTRATO	Pago por validación
EPS CONVIDA SAS	07/2024	30	CONTRATO	Pago por validación
EPS CONVIDA SAS	06/2024	30	CONTRATO	Pago por validación
EPS CONVIDA SAS	05/2024	30	CONTRATO	Pago por validación
EPS CONVIDA SAS	04/2024	30	CONTRATO	Pago por validación
EPS CONVIDA SAS	03/2024	30	CONTRATO	Pago por validación
EPS CONVIDA SAS	02/2024	30	CONTRATO	Pago por validación
EPS CONVIDA SAS	01/2024	30	CONTRATO	Pago por validación



CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO Y ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

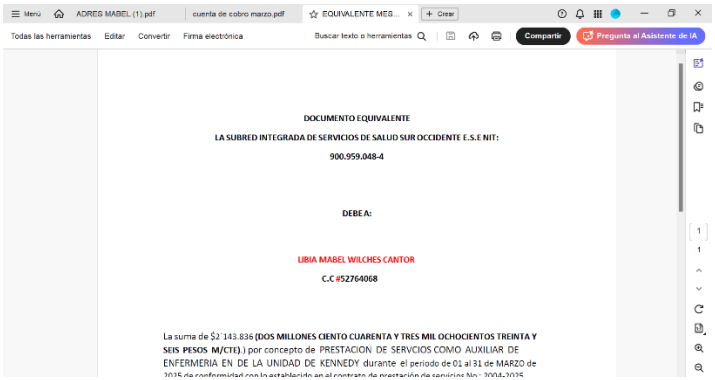
Versión: 3
Fecha de aprobación: 7/15/2015
Código: 04 03 TO 0003

INFORMACION DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LIBIA MABEL WILCHES CANTOR				
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	52764068
CORREO ELECTRONICO:	mabelw77@hotmail.com			CELULAR:	3176547777
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SUBRED	
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA UNA OCTUBRE DE SEPTIMO			SUBRED	SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo:	76			
	SUBRED	7200			
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A		TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	427000092			PENSIONADO	NO

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

NUMERO DE CONTRATO	2104		VIGENCIA		2025		
NUMERO DE CDP	1239	FECHA	2024-06-19 11:58:31.000	NUMERO CRP	31827	FECHA	2024-06-19 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO	AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO		DESDE		FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL	



DOCUMENTO EQUIVALENTE

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

900.959.048-4

DEBE A:

LIBIA MABEL WILCHES CANTOR

C.C #52764068

La suma de $2´143.836 **(DOS MILLONES CIENTO CUARENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE).**) por concepto de PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN DE LA UNIDAD DE KENNEDY durante el periodo de 01 al 31 de MARZO de 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No : 2004-2025