DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A: JUAN MANUEL ORTIZ ARISTIZABAL
C. C 1.000.120.444 DE BOGOTA D.C

La suma de 2.005.524 por concepto de: Prestar servicios de apoyo a la gestión asistencial como AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LA UCI ADULTOS en Hospital de Bosa; durante el periodo del 01 al 30 JUNIO del 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2128-2025



JUAN MANUEL ORTIZ ARISTIZABAL
C.C 1.000.120.444 DE BOGOTÁ
CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA
NUMERO 596-000012-73

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

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		
	Designación Supervisión Luz Dary Castro Herrán.pdf	Designación Supervisión Luz Dary Castro Herrán.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	DOCUMENTOS MES ABRIL 2025.pdf	DOCUMENTOS MES ABRIL 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	Cuenta de Cobro SECOP II.pdf	Cuenta de Cobro SECOP II.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	DOCUMENTOS MES FEBRERO 2025.pdf	DOCUMENTOS MES FEBRERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	documentos marzo.pdf	documentos marzo.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	DOCUMENTOS MES MAYO 2025.pdf	DOCUMENTOS MES MAYO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

ASEGURATE

GUIA DE BUENA PRACTICA SEGURIDAD EN LOS PROCESOS QUIRURGICOS

Iniciar sesión en Google para guardar lo que llevas hecho. Más información

* Indica que la pregunta es obligatoria

NOMBRES COMPLETOS *

JUAN ORTIZ

PERFIL *

AUX ENFERMERIA

SERVICIO *

UCI

LISTA DE ASISTENCIA BUENAS PRACTICAS DE ENFERMERÍA 30/05/2025

Cuando envíe este formulario, no recopilará automáticamente sus detalles, como el nombre y la dirección de correo electrónico, a menos que lo proporcione usted mismo.
* Obligatorio

1. Nombres y Apellidos *

JUAN ORTIZ

2. Número de documento *

1000120444

3. Perfil *

- (●) Auxiliar de Enfermería
- ( ) Profesional de Enfermería

4. Dirección *

- ( ) Urgencias
- (●) Hospitalaria