DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

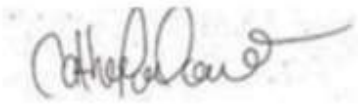
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048- 4

DEBE A: CATHERINE JULIETH MARTINEZ CAMACHO

CC 1012333908

La suma de ($2.143.836) Por concepto de PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL AREA DE UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVOS DE LA UNIDAD DE BOSA, durante el periodo de 01 al 31 del MES DE AGOSTO DEL 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2123-2025



CATHERINE JULIETH MARTINEZ CAMACHO

CC 1012333908

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 570107052

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? Si No

Identificación 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		
☐	PANTALLAZO SECOP FEBRERO 2123-2025	documento secop.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	DOCUMENTOS MARZO 2025.pdf	DOCUMENTOS MARZO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Designación Supervisión Luz Dary Castro Herrán.pdf	Designación Supervisión Luz Dary Castro Herrán.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	DOCUMENTOS ABRIL 2025.pdf	DOCUMENTOS ABRIL 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	DOCUMENTOS MAYO.pdf	DOCUMENTOS MAYO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	DOCUMENTOS MES JUNIO.pdf	DOCUMENTOS MES JUNIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	DOCUMENTOS MES JULIO 2025.pdf	DOCUMENTOS MES JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

ASEGURATE JULIO

BUENA PRÁCTICA REDUCIR EL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL

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

* Indica que la pregunta es obligatoria

1. Nombre completo *

CATHERINE JULIETH MARTINEZ CAMACHO

Perfil *

AUX. ENFERMERIA

Servicio *

UCI

1.¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor un evento adverso prevenible? *

10:50 ···
forms.office.com/pag
33

Encuentros de Aprendizajes Continuos III Trimestre 2025

31 jul 2025

La encuesta tardará aproximadamente 4 minutos en completarse.
Formato para registrar asistencia a los Encuentros de Aprendizaje Continuo que realiza la Subred Sur Occidente

Empezar ahora

10:51 ···

forms.office.com/pag

33

Primeros Auxilios en Mascotas

4. **Número de Identificación (sin punto ni comas)** *

1012333908

5. **Nombres y Apellidos** *

Catherine julieth martinez Camacho

6. **Perfil** *

Auxiliar enfermería

7. **Correo electrónico** *

Cathejulimc13@otulook.es

Siguiente

No revele nunca su contraseña. Notificar abuso

Microsoft 365