ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION

NIT 891780008
Dirección CALLE 16 NO 5A 46
Teléfono 54130043

Comprobante de egreso

Número 10606 **Fuente** 1

Fecha: 10/03/2025 **Fuente OP:** 1 **Numero OP:** 10606

Tercero

NIT o CC: 1082045658
Pagado a: DIEGO JOSE RAMOS SALCEDO
Cod banco: 01
Banco: BANCO BOGOTA CTA CTE 439000639

Por concepto de: PAGO MES DE FEBRERO 2025 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO ASIGNADA AL ÁREA DE CONTRATACION DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACIÓN MAGDALENA

Cuenta	Descripcion	Tercero	C/C	Debito	Credito
11100501	PAGADO A: DIEGO JOSE RAMOS SALCEDO	1082045658 - DIEGO JOSE RAMOS SALCEDO		0,00	3.840.000,00
24905401	PAGADO A: DIEGO JOSE RAMOS SALCEDO	1082045658 - DIEGO JOSE RAMOS SALCEDO		3.840.000,00	0,00
			Sumas iguales:	3.840.000,00	3.840.000,00

Contabilizado	Revisado	Aprobado	Usuario
			CDURANZ

Detalle del documento:	Fecha	Factura	Total	Retencion	ICA	Glosas
	04/03/2025	#02	4.000.000,00	160.000,00	0,00	0,00

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION

NIT 891780008
Dirección CALLE 16 NO 5A 46
Teléfono 54130043

Autorizacion de pago

Número 10606 **Fuente** 1

Fecha: 10/03/2025

Paguese a favor de: DIEGO JOSE RAMOS SALCEDO **Documento:** 1082045658

Concepto: PAGO MES DE FEBRERO 2025 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO ASIGNADA AL ÁREA DE C

RP	Total	Iva	Dsto	Retencion	Rete IVA	Rete ICA		Estampillas	A pagar
113-385	4.000.000	0	0	160.000	0	0	0	0	3.840.000
Totales:	4.000.000	0	0	160.000	0	0	0	0	3.840.000

Contabilidad	**Administrativo autorizado**	**Ordenador del gasto**	CDURANZ **Elaborado por**

880 127

571.600

Fecha Actual: 2025/03/12 | Hora: 08:10 | IP: 179.1.195.81

Banco de Bogotá

WWW.BANCODEBOGOTA.COM

No. Producto Dispersor	Fecha Dispersión	Valor Abonar	Nombre Beneficiario	No. Producto Beneficiario	Estado	Descripción Causal Rechazo
00000000439000639	2025/03/10	$2,880,000.00	JESUS ECHEVERRIA CERVANTES	326354065	Exitoso	N/A
00000000439000639	2025/03/10	$2,880,000.00	LAURA SIERRA OSPINO	326441722	Exitoso	N/A
00000000439000639	2025/03/10	$2,880,000.00	ANA ROSENSTIEHL VILLANUEVA	517248555	Rechazado	Cuenta CanceladaSaldada
00000000439000639	2025/03/10	$2,880,000.00	TUDDY DURAN CABALLERO	91629961211	Exitoso	N/A
00000000439000639	2025/03/10	$2,880,000.00	ANDREA CAROLINA RENGIFO RIVADENEIRA	235321924	Exitoso	N/A
00000000439000639	2025/03/10	$2,880,000.00	WENDY MARTINEZ VARGAS	326328192	Exitoso	N/A
00000000439000639	2025/03/10	$3,360,000.00	JORGE MARIO LOMBARDI NIEVES	114060246628	Exitoso	N/A
00000000439000639	2025/03/10	$3,360,000.00	JOSE FUENTES BARRANCOS	488415851911	Exitoso	N/A
00000000439000639	2025/03/10	$3,360,000.00	LEONARDO JOSE PEREZ ARIAS	116600074508	Exitoso	N/A
00000000439000639	2025/03/10	$3,360,000.00	JEISON AGUDELO	375000042	Exitoso	N/A
00000000439000639	2025/03/10	$3,360,000.00	VIVIANA DE LA ROSA CARPIO	117370070494	Exitoso	N/A
00000000439000639	2025/03/10	$3,360,000.00	AURA MARTINEZ DEL VALLE	488444273012	Exitoso	N/A
00000000439000639	2025/03/10	$3,748,400.00	FRUTO FRUTO RONALD ENRIQUE	326224797	Exitoso	N/A
00000000439000639	2025/03/10	$3,840,000.00	SEBASTIAN ALZATE FRANCO	0375404365	Exitoso	N/A
00000000439000639	2025/03/10	$3,840,000.00	WILMAR AGAMEZ	51368596721	Exitoso	N/A
00000000439000639	2025/03/10	$3,840,000.00	FRANCISCO ANTONIO BASTO MARTINEZ	91648970566	Exitoso	N/A
00000000439000639	2025/03/10	$3,840,000.00	GERTRUDIS MUSALAN ALVAREZ	0270247695	Exitoso	N/A
00000000439000639	2025/03/10	$3,840,000.00	VICTOR PEREZ MARTINEZ	116670004906	Exitoso	N/A
00000000439000639	2025/03/10	$3,840,000.00	PAOLA ORTEGA MORALES	08582201791	Exitoso	N/A
00000000439000639	2025/03/10	$3,840,000.00	DANIEL SANCHEZ DE LA HOZ	51695127441	Exitoso	N/A
00000000439000639	2025/03/10	$3,840,000.00	DIEGO RAMOS SALCEDO	51200019681	Exitoso	N/A
00000000439000639	2025/03/10	$3,840,000.00	BENJAMIN SIERRA ROMERO	488415273314	Exitoso	N/A
00000000439000639	2025/03/10	$3,840,000.00	MIGUEL PRADA JIMENEZ	51678348108	Exitoso	N/A
00000000439000639	2025/03/10	$3,840,000.00	TAFUR CORONADO NICOLAS EDUARDO	50000020040	Exitoso	N/A
00000000439000639	2025/03/10	$3,840,000.00	KARINA PEREZ SIERRA	91234282528	Exitoso	N/A
00000000439000639	2025/03/10	$3,840,000.00	MARIA DEL PILAR OSPINO POLO	488438319763	Exitoso	N/A
00000000439000639	2025/03/10	$3,840,000.00	RICARDO AVILA DE LA HOZ	76750250161	Exitoso	N/A
00000000439000639	2025/03/10	$4,032,000.00	ROBERTO NORIEGA VIZCAINO	375371945	Exitoso	N/A
00000000439000639	2025/03/10	$4,320,000.00	MARIN FERNANDEZ ISABELLA	77900026768	Exitoso	N/A
00000000439000639	2025/03/10	$4,320,000.00	LIBIA SANCHEZ BACCA	116600119030	Exitoso	N/A
00000000439000639	2025/03/10	$4,320,000.00	HERNANDO CASTILLO	230240164319	Exitoso	N/A

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION

NIT 891780008
Dirección CALLE 16 NO 5A 46
Teléfono 54130043

Obligacion presupuestal

Número 7311 **Fuente** 34

Fecha: 04/03/2025 **Fuente RP:** 113 **Numero RP:** 385

Tercero

Tercero: DIEGO JOSE RAMOS SALCEDO **NIT:** 1082045658
Telefóno: **Ciudad:**

Detalle: CAUSAMOS MES DE FEBRERO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO ASIGNADA AL ÁREA DE CONTRATACION

Cuenta	Descripcion	Tercero	C / costo	Debito	Credito
24403501	# 02 ESTAMPILLAS UNIMAG	DIEGO JOSE RAMOS SALCEDO		0	80.000
24403502	# 02 ESTAMPILLAS PROHOSPITAL	DIEGO JOSE RAMOS SALCEDO		0	80.000
51117901	CAUSAMOS MES DE FEBRERO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO ASIGNADA AL ÁREA DE CONTRATACION DE LA E.S.E. HSRF	DIEGO JOSE RAMOS SALCEDO	AD	4.000.000	0
24905401	CAUSAMOS FACTURA #02	DIEGO JOSE RAMOS SALCEDO		0	3.840.000
			Sumas iguales:	4.000.000	4.000.000

Contabilizado **Revisado** **Aprobado**

Detalle del documento:	Fecha	Factura	Valor	IVA	Retencion	ICA	Rete IVA
	04/03/2025	#02	4.000.000	0	160.000	0	0

CUENTA DE COBRO # 02

DATOS DEL CONTRATISTA						FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 27/02/2025	
NOMBRES Y APELLIDOS:	DIEGO JOSE RAMOS SALCEDO					CC:	1082045658
						RUT:	1082045658-9
CORREO ELECTRÓNICO:	abogadoramsal@gmail.com					TELÉFONO DE CONTACTO : 3217161012	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CRA 4 11-57 BARRIO 18 DE FEBRERO					CIUDAD:	TENERIFE-MAGDALENA
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.							
No tomaré costos y deducciones							x
Si tomaré costos y deducciones							
La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.							
RÉGIMEN DEL IVA:	RESPONSABLE DE IVA: NO RESPONSABLE DE IVA: X REGIMEN SIMPLE:		¿DECLARANTE DE RENTA?		NO	¿ESTÁ OBLIGADO A FACTURAR?	
¿PERSONAS A CARGO?	1	¿APORTE VOLUNTARIO A FONDO DE PENSIONES?			NO	SI	NO X
¿AHORRO VOLUNTARIO A CUENTAS AFC?		NO		¿PAGO DE INTERESES CRÉDITO DE VIVIENDA?		SI	NO X
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA		TIPO DE CTA.:	AHORRO	Nº CUENTA:	51200019681	

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	CD20250478	Nº RP:	385	Nº CDP:	75	PLAZO - DURACIÓN: 2 MES
¿ADICIÓN O PRORROGA?	NO	TIEMPO PRORROGADO		NO		VALOR ADICIONADO: NO
FECHA DE INICIO CONTRATO	12/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/03/2025		VALOR DEL CONTRATO: 8.000.000
N° CDP (ADICIÓN):	NO	OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO ABOGADO ASIGNADO AL AREA DE CONTRATACION DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA			
Nº RP: (ADICIÓN)	NO					
¿SUSPENDIDO?	NO	FECHA DE REINICIO:		DD/MM/AAAA	NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN:	DD/MM/AAAA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO (ADICIÓN)	NO	PERIODO OBJETO DE COBRO:		FEBRERO DE 2025		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO?				$ 4.000.000		

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
MES DE PAGADO DE SEGURIDAD SOCIAL		ENERO DE 2025	IBC: 1.600.000
APORTE OBLIGATORIO A SEGURIDAD SOCIAL SALUD	$ 225.000	APORTE OBLIGATORIO A SEGURIDAD SOCIAL PENSIÓN: $288000	
NIVEL / APORTE DE RIESGO ARL	3 $ 43.900	APORTE OBLIGATORIO A FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL: NO	
		TOTAL PAGO SEGURIDAD SOCIAL: 556.900	

DIEGO JOSE RAMOS SALCEDO
CC/NIT # 1082045658-9

Hospital San Rafael E.S.E.	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACIÓN	CODIGO MA-CT-OPS-FT002
	MACROPROCESO DE APOYO PROCESO DE GESTIÓN CONTRACTUAL	VERSIÓN V02-Jun2024

CELEBRADO ENTRE LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACIÓN
Y DIEGO JOSE RAMOS SALCEDO , Identificado con CC N°1.082.045.658

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO RESPONSABLE DEL AREA DE CONTRATACION DE PERSONAS NATURALES EN LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFEL DE FUNDACION

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.:	CD20250478			**DE FECHA:**	27/02/2025
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 8.000.000		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		$4.000.000.00
N° PAGO / N° DE INFORME:	1 DE 2	**N° CRP:** 385		**N° CDP:**	75
PLAZO DEL CONTRATO:	HASTA EL 31 DE MARZO DE 2025		**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**		12/02/2025
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	74652767			**OPERADOR:**	APORTES EN LÍNEA
AREA DE EJECUCION DE ACTIVIDADES:	AREA DE CONTRATACION				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	VICTOR JULIO PEREZ				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N/A			**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**		N/A	
VALOR ADICIONADO	N/A	**CDP DE LA ADICIÓN:**	N/A	**CRP DE LA ADICIÓN:**	N/A	**TIEMPO PRORROGADO:**	N/A

III. POLIZAS (SI APLICA)

N° DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**	N/A

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

Se ha dejado constancia que el contratista ha cumplido con todas las actividades descritas en el informe de ejecucion de actividades del contrato

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	El contrato se encuentra debidamente legalizado	X	
2	El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades	X	
3	Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en su respectiva carpeta contractual.	X	
4	Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.	X	

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al pago N° 1 de 2

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	
N°. IDENTIFICACIÓN:	1.082.045.658

Jovanny Cáceres Carranza	Roberto Noriega / Rafael Rúa De La Hoz	Lucia Ximena Collazos Gonzalez
Auxiliar Administrativo de Contratación	Equipo de Calidad	Gerente
Elaborado: Abr2024	Revisado: Abr2024	Aprobado: Abr2024

Hospital San Rafael ESE	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACIÓN	CODIGO MA-CT-OPS-FT002
	MACROPROCESO DE APOYO PROCESO DE GESTIÓN CONTRACTUAL	VERSIÓN V02-Jun2024

CELEBRADO ENTRE LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACIÓN
Y DIEGO JOSE RAMOS SALCEDO , Identificado con CC N°1.082.045.658

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO RESPONSABLE DEL AREA DE CONTRATACION DE PERSONAS NATURALES EN LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFEL DE FUNDACION

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.:		CD20250478	**DE FECHA:**		27/02/2025
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 8.000.000	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**			$4.000.000.00
N° PAGO / N° DE INFORME:	1 DE 2	**N° CRP:**	385	**N° CDP:**	75
PLAZO DEL CONTRATO:	HASTA EL 31 DE MARZO DE 2025	**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**			12/02/2025
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		74652767	**OPERADOR:**		APORTES EN LÍNEA
AREA DE EJECUCION DE ACTIVIDADES:		AREA DE CONTRATACION			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		VICTOR JULIO PEREZ			

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:		N/A	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**		N/A		
VALOR ADICIONADO	N/A	**CDP DE LA ADICIÓN:**	N/A	**CRP DE LA ADICIÓN:**	N/A	**TIEMPO PRORROGADO:**	N/A

III. POLIZAS (SI APLICA)

N° DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**	N/A

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

Se ha dejado constancia que el contratista ha cumplido con todas las actividades descritas en el informe de ejecucion de actividades del contrato

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	El contrato se encuentra debidamente legalizado	X	
2	El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades	X	
3	Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en su respectiva carpeta contractual.	X	
4	Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.	X	

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al pago N° 1 de 2

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	Victor Julio Perez
N°. IDENTIFICACIÓN:	1081798169

Jovanny Cáceres Carranza	Roberto Noriega / Rafael Rúa De La Hoz	Lucia Ximena Collazos Gonzalez
Auxiliar Administrativo de Contratación	Equipo de Calidad	Gerente
Elaborado: Abr2024	Revisado: Abr2024	Aprobado: Abr2024

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

enlace operativo

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-02-14, 10:35:31 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	enero de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	enero de 2025
Empresa	DIEGO JOSE RAMOS SALCEDO
CEDULA CIUDADANIA	CC 1082045658
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	76164631
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1266036803
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 556.900
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.suaporte.com.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	$ 288.000	$ 0
N900226715	ESSC24	CMRC Recaudo Cocsalud ADRES ESSC24	1	$ 225.000	$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	1	$ 43.900	$ 0
		SubTotales:		$ 556.900	$ 0
		Total a Pagar:			$ 556.900

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - **Bogotá:** 485 4485 - **Bucaramanga:** 697 87 27 - **Cali:** 485 9444 - **Cartagena:** 693 77 27 - **Pereira:** 340 13 27 - **Manizales:** 892 80 27 - **Medellín:** 604 2727 - **Desde otras ciudades:** 018000 51 99 77.

Enlace Operativo no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar **la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.**

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger **el medio** ambiente está en nuestras manos.

EXPERTOS en PILA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.082.045.658

RAMOS SALCEDO

APELLIDOS

DIEGO JOSE

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-SEP-1992

TENERIFE
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

16-SEP-2010 SALAMINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-2108500-01185158-M-1082045658-20201203 0072703359A 1 8501089344

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION

891780008

FUNDACION-MAGDALENA

TU SALUD EN NUESTRAS MANOS

Fecha: 12/02/2025

EL SUSCRITO JEFE DE PRESUPUESTO:

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION

CERTIFICA QUE:

Contrato: CD20250478 **RP No:** 385

Que en el presupuesto de Rentas, Recursos de Capital y Gastos de la Vigencia Fiscal, existe el registro presupuestal a favor de:

Tercero: 1082045658 DIEGO JOSE RAMOS SALCEDO

ObJeto:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO ASIGNADA AL ÁREA DE CONTRATACION DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACIÓN MAGDALENA

CDP No	Rubro	Concepto	Valor
112 75	2.1.2.02.02.008 Servicios prestados a las empresas y servicios de producción	Servicios prestados a las empr	8,000,000.00
		Totales:	8,000,000.00

Jefe de Presupuesto