



Superintendencia de  
Notariado y Registro

MACROPROCESO: GESTIÓN FINANCIERA	Código: MP - GNFA - PO - 08 - PR - 05 - FR - 01
PROCESO: EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	Versión: 2
PROCEDIMIENTO: CUENTAS POR PAGAR	Fecha: 24 - 01 - 2025

**FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO**

<b>1. INFORMACIÓN GENERAL</b>		<b>FECHA DE EXPEDICIÓN</b>		
		Día	Mes	Año
		12	12	2025
CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO				
CONTRATISTA	SALUA DEL CARMEN CONCHA DAHJER			
CEDULA DE CIUDADANIA No.	1.042.445.059	DE	SOLEDAD	
CÓDIGO ACTIVIDAD RUT	000-0002249	CELULAR	3156049462	
E-MAIL PERSONAL	SALUACD03@GMAIL.COM			
E-MAIL INSTITUCIONAL	SALUA.CONCHA@SUPERNOTARIADO.GOV.CO			
BANCO	BANCO POPULAR	No DE CUENTA	500807156602	C.A. <input checked="" type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/>
<b>CONTRATO ACTUAL</b>		<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>		
No	Año	\$ 3.248.160,00		
2906	2025	<b>HONORARIOS MENSUALES</b>		
		\$ 3.248.160,00		
OBJETO DEL CONTRATO	EL CONTRATISTA DEBERA PRESTAR POR SUS PROPIOS MEDIOS Y CON PLENA AUTONOMIA TECNICA Y ADMINISTRATIVA, DENTRO DE LOS PLAZOS ACORDADOS, LOS SERVICIOS Y/O ACTIVIDADES ENUNCIADAS A LO LARGO DEL PRESENTE CONTRATO, COMO CONTRAPRESTACION RECIBIRA POR PARTE DEL CONTRATANTE UNAS SUMAS, A TITULO DE HONORARIOS. DEPENDENCIA: DIRECCION_TECNICA_DE_REGISTRO			
NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO	RAFAEL JOSE PEREZ HERAZO			
CARGO DEL SUPERVISOR	REGISTRADOR PRINCIPAL			
CDP No.	122825	CRP No.	622625	
FECHA CDP	25/11/2025	FECHA CRP	25/11/2025	
LUGAR DE EJECUCION		FECHA APROBACIÓN POLIZA		
CIUDAD	BARRANQUILLA	Día	Mes	Año
DEPARTAMENTO	ATLANTICO	26	11	2025
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	Día Mes Año	FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO		
28 11 2025	Día Mes Año			
		26	12	2025
TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO		MESES	DIAS	
		0	26	
FECHA DE INICIO DE LA ADICION Y/O PRORROGA	Día Mes Año	ADICION Y/O PRORROGA No.		
FECHA FINAL DE LA ADICION Y/O PRORROGA	Día Mes Año	CDP No.	CRP No.	
		MESES	DIAS	
VALOR A COBRAR		\$ 2.815.072,00		
VALOR TOTAL # DE DIAS		\$ 2.815.072,00		
PERIODO DE PAGO		ES FACTURADOR ELECTRÓNICO		
DEL	Día Mes Año	No de factura		
AL	01 12 2025			
	26 12 2025			
PAGO No.		MES A COBRAR		
02		DICIEMBRE		
No DÍAS		DICIEMBRE		
26		87%		

ESTE DOC. DEBE GUARDARSE SIEMPRE COMO LIBRO DE EXCEL HABILITADO PARA MACROS

Pagina 1



Superintendencia de  
Notariado y Registro

MACROPROCESO: GESTIÓN FINANCIERA

Código: MP - GNFA - PO - 08 - PR -  
05 - FR - 01

PROCESO: EJECUCIÓN PRESUPUESTAL

Versión: 2

PROCEDIMIENTO: CUENTAS POR PAGAR

Fecha: 24 - 01 - 2025

**FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACIÓN  
DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO**

**2. OBLIGACIÓN DE PAGOS SEGURIDAD SOCIAL DEL CONTRATISTA**

	Valor del Pago	Razon Social	Aporte
1. COMPAÑÍA DE SALUD (EPS)	178.000	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	12.5%
2. FONDO DE PENSIÓN	227.800	ADMINISTRADOR DE FONDO DE PENSIONES Y CESANTIAS PROTECCION	16%
3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	7.500	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS	0.522%
<b>TOTAL A PAGAR</b>	<b>\$ 413.300</b>	<b>PLANILLA DE PAGO No.</b>	<b>1077681142</b>

**2.1.1. RELACIÓN DE PAGOS**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 3.248.160,00	VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	VALOR DEL PAGO \$ 324.816,00	\$ 324.816,00	\$ 2.923.344,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO \$ 2.815.072,00	\$ 3.139.888,00	\$ 108.272,00
PAGO 03	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 04	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 05	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 06	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 07	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 08	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 09	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 10	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 11	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 12	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 13	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 14	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 15	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 16	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 17	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 18	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 19	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 20	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -

PERIODO DE PAGO	DEL	Día	Mes	Año	PAGO No.	DICIEMBRE
	AL	01	12	2025		02
		26	12	2025		

ESTE DOC. DEBE GUARDARSE SIEMPRE COMO LIBRO DE EXCEL HABILITADO PARA MACROS

Página 2



Superintendencia de  
Notariado y Registro

MACROPROCESO: GESTIÓN FINANCIERA

Código: MP - GNFA - PO - 08 - PR -  
05 - FR - 01

PROCESO: EJECUCIÓN PRESUPUESTAL

Versión: 2

PROCEDIMIENTO: CUENTAS POR PAGAR

Fecha: 24 - 01 - 2025

**FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACIÓN  
DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO**

**3. INFORME DE SUPERVISIÓN DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA**

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
<p>El CONTRATISTA debera prestar por sus propios medios y con plena autonomia técnica y administrativa, dentro del plazo acordado, los servicios y/o actividades enunciadas a lo largo del presente contrato en la ORIP de Barranquilla.</p> <p>Desempeñar cada rol que exige la oficina de Gestion Documental como Alistamiento, Digitalizacion, calidad y armado, pegado y custodia de cada documentos.</p> <p>Cumplir mi horario laboral desde las 8 Am hasta el ultimo documento que entre a la oficina. cumplir con todas mis metas estipuladas en mi contratos de gestion documental. Resguardar y cuidar cada Documentos que reposan en el archivo temporal de las oficinas de Gestion Documental.</p>	<p>1. recepcion de documentos radicados en la ORIP que ingresan por ventanilla, dando cumplimiento a las normas establecidas en los registros de los sistemas de folio y/o SIR.</p> <p>2. racibir y alistar los documentos ingresados por ventanilla, para su digitalizacion 3. mantener plenba reserva y cinfidencialidad de la informacion que reciba para el cumplimiento del contrato 4. apoyar las funciones del archivo misional, administrativo y demas, cuando la oficina de registro no cuente con apoyo de gestion dosumental</p>

NOTA: Si se requiere ampliar más las obligaciones con sus respectivas evidencias en los cuadros como texto o imágenes, favor colocarlas como anexos.

ESTE DOC. DEBE GUARDARSE SIEMPRE COMO LIBRO DE EXCEL HABILITADO PARA MACROS

Pagina 3



Superintendencia de  
Notariado y Registro

MACROPROCESO: GESTIÓN FINANCIERA

Código: MP - GNFA - PO - 08 - PR -  
05 - FR - 01

PROCESO: EJECUCIÓN PRESUPUESTAL

Versión: 2

PROCEDIMIENTO: CUENTAS POR PAGAR

Fecha: 24 - 01 - 2025

**FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACIÓN  
DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO**

**4. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA PAGO**

Una vez verificado el desarrollo de las actividades asignadas para el presente periodo, se deja constancia que el (la) contratista **SALUA DEL CARMEN CONCHA DAHJER** identificado (a) con cedula de ciudadanía No **1.042.445.059** de **SOLEDAD** cumplió satisfactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **2906** de **2025** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **622625** CDP No **122825**

Se autoriza el pago por la suma de : \$ **2.815.072,00**

Valor en letras:

**DOS MILLONES OCHOCIENTOS QUINCE MIL SETENTA Y DOS PESOS CON 00 CTVOS**

	Día	Mes	Año	PAGO No.	
PERIODO DE PAGO DEL	01	12	2025		<b>DICIEMBRE</b>
AL	26	12	2025	<b>02</b>	<b>DICIEMBRE</b>

Para constancia se firma en **BARRANQUILLA** a los **12** días del mes de **DICIEMBRE** de **2025**

**SUPERVISOR**

Firma Supervisor

RAFAEL JOSE PEREZ HERAZO  
REGISTRADOR PRINCIPAL


**CONTRATISTA**

Firma Contratista

SALUA DEL CARMEN CONCHA DAHJER  
Cedula de Ciudadania No  
1.042.445.059 de SOLEDAD

ESTE DOC. DEBE GUARDARSE SIEMPRE COMO LIBRO DE EXCEL HABILITADO PARA MACROS

Pagina 4

 Superintendencia de Notariado y Registro	PROCESO: EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	Código: MP - GNFA - PO - 08 - PR - 05 - FR - 03
	PROCEDIMIENTO: CUENTAS POR PAGAR	Versión: 01
	FORMATO: CERTIFICACIÓN PAGO SEGURIDAD SOCIAL	Fecha: 17 - 01 - 2025

## CERTIFICACIÓN PAGO SEGURIDAD SOCIAL

Que el(la) señor(a) SALUA DEL CARMEN CONCHA DAHJER , identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. 1042445059 de SOLEDAD , en su calidad de Contratista de la SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO contrato No. 2906 de 2025 realizó el pago de la seguridad social correspondiente al mes de DICIEMBRE 2025 .

<b>Dependencia</b>	<b>DIRECCIÓN TÉCNICA DE REGISTRO</b>									
<b>Perfil Contratista</b>	<b>AUXILIAR ADMINISTRATIVO</b>									
<b>Mes a cobrar</b>	<b>Desde</b>	<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>	<b>Hasta</b>	<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>		
		01	12	2025		26	12	2025		
<b>Planilla seguridad social</b>	Valor Salud								\$ 178000	
	Valor Pensión								\$ 227800	
	Valor ARL								\$ 7500	
	Pensionado / anexar resolución								N/A	
	Número de planilla								<b>1077681142</b>	
	Periodo de la planilla								<b>DICIEMBRE</b>	
	Fecha pago planilla								<b>2025/12/02</b>	

Se expide la presente certificación una vez verificado el pago de la planilla anteriormente relacionada y sirve como soporte para cuenta de cobro del contratista a los 12 días del mes de DICIEMBRE de 2025 .

  
**FIRMA DEL SUPERVISOR**  
**RAFAEL JOSE PEREZ HERAZO**  
**REGISTRADOR PRINCIPAL DE LA ORIP**

# Simple

## PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-12-02, 02:48:25 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1077681142

Periodo Cotización:

diciembre de 2025

Periodo Servicio:

diciembre de 2025

Referencia pago (PIN):

8823680135

### PAGADO 02/12/2025

#### I. DATOS DEL APORTANTE


Razón Social	SALUA DEL CARMEN CONCHA DAHJER		
Documento	CC1042445059	Dirección	CL 1 #1 - 1
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3156049462
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BARRANQUILLA, DISTRITO ESP, INDUSTRIAL Y PORTUARIO	Departamento	ATLANTICO
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

#### II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades													Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales											
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLA	LM	LMC	VAC	AVP	VCT	IRP	Dias AFP	Dias EPS	Dias ARP	Dias CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio
CC 1042445059	SALUA DEL CARMEN CONCHA DAHJER	59	00																		0	30	30	0	(230201) PROTECCION	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	\$ 1.423.500	\$ 178.000	0,522	\$ 1.423.500	\$ 7.500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

#### III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 227.800	\$ 178.000	\$ 7.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 413.300	\$ 0	\$ 413.300

 <b>Superintendencia de Notariado y Registro</b>	<b>MACROPROCESO: GESTIÓN FINANCIERA</b>	Código: MP - GNFA - PO - 08 - PR - 05 - FR - 02
	<b>PROCESO: EJECUCIÓN PRESUPUESTAL</b>	Versión: 03
	<b>PROCEDIMIENTO: CUENTAS POR PAGAR</b>	Fecha: 21 - 01 - 2025

**FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 202\_5**

De acuerdo con la Ley 2277 de 2022, Reforma tributaria para la igualdad y justicia social, Decreto 2231 de 2023, Decreto 1625 de 2016, paragrafo 2 del articulo 383 del estatuto tributario, la retención en la fuente establecida en el presente artículo será aplicable a los pagos o abonos en cuenta por concepto de rentas de trabajo que no provengan de una relación laboral o legal y reglamentaria, me permito certificar **bajo la gravedad de juramento** que:

DEPURACIÓN CÁLCULO DE RENTA	SI	NO
1. OBLIGADO A DECLARAR IMPUESTO SOBRE LA RENTA. Durante el año 202_4_ mis ingresos totales (por todos los conceptos tanto laborales como no laborales) fueron iguales o superiores a 1400. UVT.		X
2. Soy responsable del impuesto sobre la renta.		X
3. <b>Dependiente Económico:</b> parágrafo 2 del art 387 del Estatuto Tributario, adjuntando Certificado expedido por Contador Público, con soportes Decreto 099 de 2013 Art. 2 Numeral 3, cuando es el caso de hijos menores de 18 años, se debe adjuntar registro civil.		X
4. Realizo aportes voluntarios al Fondo de Pensiones y Cesantías.		X
5. <b>AFC:</b> Realizo ahorro en Cuentas de Ahorro para el Fomento de la Construcción. <b>Adjuntar pago mensual del ahorro realizado.</b>		X
6. <b>Crédito de Vivienda:</b> Realizo pagos de crédito de vivienda, <b>Adjuntar extracto bancario del crédito de vivienda de la vigencia correspondiente.</b>		X
7. <b>Medicina prepagada:</b> Realizo pagos de medicina prepagada, <b>Adjuntar certificación de esta incluyendo el valor pagado por la vigencia que corresponda.</b>		X
8. Dando aplicación al art. 9 del Decreto 2231 de 2023, es necesario indicar si va a tomar costos y deducciones asociadas a las rentas de trabajo relacionadas a la presente cuenta de cobro si: a. Marca (SI), se aplicara la tarifa de retención en la fuente del artículo 392 del E.T (entre el 10% y 11%). b. Marca (NO), se aplicará la tarifa de retención en la fuente del artículo 383 del E.T. de acuerdo con depuración de renta y UVT aplicable.		X
9. Ha suscrito contratos durante el año 202_5_: por un valor igual o superior a 4000 UVT (\$199.196.000)		X

**Nota:** Remitir los soportes a los que hay lugar únicamente para contratos cuyos honorarios superen los **\$6.000.000 mensuales.**

En constancia de lo anterior, se firma a los 12 días del mes de DICIEMBRE de 202\_5\_.

Atentamente,

*Salva Concha*

SALVA DEL CARMEN CONCHA DAHJER

CC 1042445059

2. Concepto  0  2 Actualización

4. Número de formulario

141182142891



(415)7707212489984(8020) 000014118214289 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)  
1 0 4 2 4 4 5 0 5 9

6. DV 8  
12. Dirección seccional  
Impuestos de Barranquilla

34. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida	2	25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	1 3	26. Número de identificación 1 0 4 2 4 4 5 0 5 9
Lugar de expedición COLOMBIA	28. País	29. Departamento Atlántico	30. Ciudad/Municipio Soledad	7 5 8
31. Primer apellido CONCHA	32. Segundo apellido DAHJER	33. Primer nombre SALUA	34. Otros nombres DEL CARMEN	
35. Razón social				
36. Nombre comercial				
37. Sigla				

UBICACIÓN

38. País COLOMBIA	39. Departamento Atlántico	40. Ciudad/Municipio Malambo	4 3 3
41. Dirección principal CL 29 23 A 23			
42. Correo electrónico saluacd03@gmail.com			
43. Código postal	44. Teléfono 1	3 1 5 6 0 4 9 4 6 2	45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación		52. Número establecimientos
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		51. Código	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1		2
8 2 1 1	2 0 2 5 0 1 0 1	6 8 1 0	2 0 2 1 0 2 0 1				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código	2 2 4 9	23	24	25	26
22- Obligado a cumplir deberes formales a					
49 - No responsable de IVA					

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN VALOR

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN VALOR

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN VALOR

Usuarios aduaneros										Exportadores				
54. Código										55. Forma	56. Tipo	Servicio		
										1	2	3		

¡IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI  NO

60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.  
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.  
Firma autorizada:

984. Nombre CONCHA DAHJER SALUA DEL CARMEN  
985. Cargo CONTRIBUYENTE



Superintendencia de  
Notariado y Registro

**CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO A SATISFACCIÓN DEL OBJETO DEL  
CONTRATO**

**EL SUPERVISOR DEL CONTRATO**

**CERTIFICA:**

Que la Señora, **SALUA DEL CARMEN CONCHA DAHJER** identificado/a con Cédula de Ciudadanía No. **1.042.445.059**, cumplió con el **100%** de las actividades del objeto del contrato No.2906 del 2025, durante el periodo comprendido entre el **28 de NOVIEMBRE del 2025** y el **26 de DICIEMBRE del 2025**.

Es de advertir que al contratista **NO** se le ha realizado seguimiento contractual.

**VIÁTICOS:**

Así mismo se certifica que verificada la legalización por concepto de viáticos, el contratista **SI se encuentra** al día por este concepto.

La siguiente certificación se expide a los **(11)** días del mes de **DICIEMBRE** del año **2025**.

Nota: en caso de diligenciar la casilla de "Se le realizó seguimiento", se deberá presentar un informe ejecutivo donde se detalle el motivo del seguimiento contractual; en caso de tener pendiente legalización de viáticos, **NO** se dará trámite al contrato.



**RAFAEL JOSE PEREZ HERAZO**  
Registrador Principal



- 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

#### 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					

#### Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por			
<input type="checkbox"/> ACTA DE INICIO SALUA CONCHA.pdf	ACTA DE INICIO SALUA CONCHA.pdf	Comprador	Descargar	Detalle	
<input type="checkbox"/> Aprobacion poliza SALUA.pdf	Aprobacion poliza SALUA.pdf	Comprador	Descargar	Detalle	
<input type="checkbox"/> COMPRO_1.PDF	COMPRO_1.PDF	Comprador	Descargar	Detalle	
<input type="checkbox"/> 2906-2025 DESIGNACION SUPERVISION SALUA DEL CARMEN CONCHA DAHJER -TECNI ADMINI TIPO B (2).pdf	2906-2025 DESIGNACION SUPERVISION SALUA DEL CARMEN CONCHA DAHJER -TECNI ADMINI TIPO B (2).pdf	Comprador	Descargar	Detalle	
<input type="checkbox"/> EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL.pdf	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
<input type="checkbox"/> EVIDENCIAS PERIODO 28 AL 30 DE NOVIEMBRE 2025.zip	EVIDENCIAS PERIODO 28 AL 30 DE NOVIEMBRE 2025.zip	Proveedor	Descargar	Detalle	
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO DEL PERIODO DEL 28 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2025.pdf	CUENTA DE COBRO DEL PERIODO DEL 28 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
<input type="checkbox"/> EVALUACION FINAL DICIEMBRE .pdf	EVALUACION FINAL DICIEMBRE .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
<input type="checkbox"/> EVIDENCIAS PERIODO 01 AL 26 DE DICIEMBRE 2025.pdf (Archivado)	EVIDENCIAS PERIODO 01 AL 26 DE DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
<input type="checkbox"/> EVIDENCIAS PERIODO 01 AL 26 DE DICIEMBRE 2025.zip (Archivado)	EVIDENCIAS PERIODO 01 AL 26 DE DICIEMBRE 2025.zip	Proveedor	Descargar	Detalle	
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO DEL 01 AL 26 DE DICIEMBRE DE 2025.pdf (Archivado)	CUENTA DE COBRO DEL 01 AL 26 DE DICIEMBRE DE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
<input type="checkbox"/> INFORME DE EVIDENCIAS PERIODO 01 AL 26 DICIEMBRE SAULA.zip	INFORME DE EVIDENCIAS PERIODO 01 AL 26 DICIEMBRE SAULA.zip	Proveedor	Descargar	Detalle	