

**DATOS DEL CONTRATISTA**

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	YURANY MILENA CASTAÑEDA RUIZ		<b>CC:</b>	22712252	
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	castanedaryura@gmail.com		<b>TELÉFONO:</b>	3102521180	
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	CL 51 SUR 37 49		<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA	
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCO DAVIVIENDA S.A.	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>N° CUENTA:</b>	004800361232

**DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 7461 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 6.000.056
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2025/10/08	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2025/11/30
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



YURANY MILENA CASTAÑEDA RUIZ  
PS\_7461\_2025\_A2D5B8

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

YURANY MILENA CASTAÑEDA RUIZ

CC: 22712252

CEL: 3102521180

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

**YURANY MILENA CASTAÑEDA RUIZ**

**CON C.C N°**

**22.712.252**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO A PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - RESOLUCION 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
-----------------------------	--

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 7461 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/10/08</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 4.800.045	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>184</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 10.800.101	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 6.000.056
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	DOS (2) MESES
--	---------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO
-------------------------------	---------------------------

<b>ITEM</b>	<b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b> (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
-------------	--

1	SE REALIZA PLAN DE CUIDADO FAMILIAR ATRAVEZ DEL APLICATIVO GTAPS SEGÚN LA ATENCION
---	--

2	CARGUE EN EL APLICATIVO GTAPS SE REALIZA EL CARGUE DE LAS ATENCIONES REALIZADAS, ESTA ACCIÓN PERMITE CONSOLIDAR LA INFORMACIÓN, GARANTIZAR LA ARTICULACIÓN CON EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO Y FACILITAR EL SEGUIMIENTO DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS INDIVIDUALES
---	--

3	SE REALIZO EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN BRINDADA EN LA BASE DE DATOS DEFINIDA APLICATIVO GTAPS , GARANTIZANDO LA CALIDAD Y VERACIDAD DEL DATO. ASÍ MISMO, SE DILIGENCIA EL PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL (PCI), CONSIGNANDO LAS RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LOS HALLAZGOS ENCONTRADOS DURANTE LA VALORACIÓN Y DE LA CONCERTACIÓN CON EL USUARIO Y/O CUIDADOR, ASEGURANDO ASÍ LA CONTINUIDAD DEL CUIDADO Y EL SEGUIMIENTO EN SALUD
---	---

4	SE IDENTIFICAN UN EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DURANTE LA ATENCIÓN O VISITA DOMICILIARIA, SE REALIZA LA NOTIFICACIÓN INMEDIATA AL SUBSISTEMA CORRESPONDIENTE (SIVIGILA U OTRO SEGÚN EL EVENTO) SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS. ASIMISMO, SE INFORMA AL GESTOR FAMILIAR Y/O AL EQUIPO DE APOYO DEL EBS MINISTERIO PARA GARANTIZAR EL SEGUIMIENTO
---	--

5	SE IDENTIFICAN LOS PRINCIPALES CAMBIOS EN EL DESARROLLO FÍSICO, EMOCIONAL Y SOCIAL DEL USUARIO, DE ACUERDO CON SU CURSO DE VIDA. ESTA OBSERVACIÓN PERMITE DETECTAR ALTERACIONES TEMPRANAS Y APLICAR INTERVENCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, O REMITIR OPORTUNAMENTE A LOS PROFESIONALES CORRESPONDIENTES
---	--

6	DURANTE LA VALORACION INTEGRAL SE REALIZA PRIORIDAD DEL INDIVIDUO
---	---

7	SE LLEVA A CABO LA VALORACIÓN INTEGRAL SEGÚN EL CURSO DE VIDA, DESARROLLANDO LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN ESTABLECIDAS EN LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018. EN CASO DE REQUERIRSE, SE GESTIONAN LAS RESPECTIVAS REMISIONES A MEDICINA, PSICOLOGÍA, O A OTRAS RUTAS DE ATENCIÓN DEFINIDAS POR EL EQUIPO BÁSICO DE SALUD (EBS), EL MINISTERIO DE SALUD O LA RED DE SERVICIOS DEL TERRITORIO.
---	---

8	SE REALIZA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CADA USUARIO VALORADO, VERIFICANDO EL CURSO DE VIDA SEGÚN LO ESTIPULADO EN LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018. DE ACUERDO CON EL CASO Y LAS CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO, SE BRINDÓ ATENCIÓN CORRESPONDIENTE AL CURSO DE VIDA MEDIANTE ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN. EN LOS CASOS QUE LO REQUERÍAN, SE GENERÓ LA RESPECTIVA DERIVACIÓN PARA VALORACIÓN POR MEDICINA, PSICOLOGÍA EBS, MINISTERIO, ENTRE OTROS
---	---

9	SE BRINDO ATENCIÓN INICIAL E INMEDIATA AL USUARIO , DE ACUERDO CON SUS COMPETENCIAS Y ACTIVARÁ EL CRUE DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD, CON EL FIN DE GESTIONAR LA REMISIÓN O TRASLADO DEL PACIENTE A UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD (IPS) QUE GARANTICE LA ATENCIÓN REQUERIDA.( CADA UNO DEBE COLOCAR SI O NO REALIZO ACTIVACION CRUE SI LO ACTIVO COLOCA SE REMITEN CANTIDAD DE USUARIOS SI NO COLOCAR NO SE REALIZA ACTIVACION CRUE DURANTE LAS ATENCIONES RELAIZADAS EN EL MES DE NOVIEMBRE )
---	---

10	SE REALIZA REGISTRO DE MANERA OPORTUNA, COMPLETA, VERAS TODAS LAS ATENCIONES REALIZADAS EN EL APLICATIVO GTAPS DEACUERDO AL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR EL CUAL SE REALIZA DE MANERA DIARIA SEGÚN LAS ATENCIONES REALIZA EN TERRITORIO
----	---

11	SE REALIZAN VALORACION INTEGRAL POR ENFERMERIA POR LAS LOCALIDADES DE LA SUBRED CENTROORIENTE RAFEL URIBE URIBE , MARTIRES,SANTAFE,SAN CRISTOBAL ,ANTONIO NARIO MEDIANTE TOMAS TERRITORIAS ABORDANDO POBALCION CON NECESIDADES EN SALUD
----	---

12	SE EJECUTARON ACTIVIDADES DE DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES EN SALUD, FORMULAR INTERVENCIONES DE CUIDADO DE ENFERMERÍA Y BRINDAR EDUCACIÓN INDIVIDUAL Y FAMILIAR EN PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, SEGÚN CURSO DE VIDA.
13	ASISITIR A COMITES Y/O CAPACITACIONES PROGRAMADAS DURANTE EL MES
14	"DURANTE EL MES EN EJECUCIÓN, SE ENTREGARON LOS SIGUIENTES PRODUCTOS CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS -HISTORIA CLÍNICA DILIGENCIADA EN LA PLATAFORMA DINCAMICA, ELABORADA SEGÚN LA VALORACIÓN INDIVIDUAL Y LA PERTINENCIA CLÍNICA DE CADA USUARIO ATENDIDO. -CARGUE DE USUARIOS EN EL APLICATIVO GTAPS, CORRESPONDIENTE A LOS PACIENTES QUE FUERON FACTURADOS DURANTE EL PERIODO EVALUADO. -REGISTRO DIARIO DE PACIENTES EN EL LINK INSTITUCIONAL DESTINADO PARA EL REPORTE DE ATENCIONES REALIZADAS EN LAS TOMAS TERRITORIALES, EN LAS DIFERENTES LOCALIDADES DE LA SUBRED LOCALIDAD RAFAEL URIBE ,SANCRISTOBAL,ANTONIO NARIÑO, SANTAFE Y MARTIRES
15	SE REALIZAN LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO. ESTAS ACTIVIDADES SE EJECUTAN CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL, QUE FORMA PARTE INTEGRAL DEL CONTRATO, GARANTIZANDO QUE TODAS LAS TAREAS ADICIONALES CONTRIBUYAN AL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL CONVENIO Y SE DESARROLLEN BAJO CRITERIOS DE EFICIENCIA, RESPONSABILIDAD Y CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES.

### III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

**SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.**

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 el SECOP?	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	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-11-01) AL (2025-11-30)

### IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 91497787	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/11/18	\$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/11/18	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/18	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.500

### V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
- 3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
- 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

### VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA**



YURANY MILENA CASTAÑEDA RUIZ

PS\_7461\_2025\_A2D5B8

**YURANY MILENA CASTAÑEDA RUIZ**

**CC: 22712252**



*BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO*

*PS\_7461\_2025\_A2D5B8*

**BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO**  
**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS  
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	22712252	YURANY MILENA CASTAÑEDA RUIZ		CL 30 SUR 13 30 IN 5 APT 206	8067766	YURA25_28@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	18/11/2025	91497787	\$441.700	

**TOTALES POR SUBSISTEMAS**

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	178.000	0		0		0	4	500	0	178.500	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	4	600	0	228.400	1	

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	34.700				34.700	4	100	34.800			347	34.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	4	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	4	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.500
Pensión	1	227.800	228.400
Riesgos Laborales	1	34.700	34.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>440.500</b>	<b>441.700</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	22712252	YURANY MILENA CASTAÑEDA RUIZ		CL 30 SUR 13 30 IN 5 APT 206	8067766	YURA25_28@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-10	2025-10	\$441.700				

**DETALLE POR COTIZANTE**

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exoner.	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	22712252	CASTAÑEDA RUIZ YURANY MILENA	59	0			N																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS010	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA



Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

**1 Información general**

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal



2 Condiciones

**VER CONTRATO**

3 Bienes y servicios

**Resumen**

4 Documentos del Proveedor

**ID del contrato en SECOP** CO1.SLCNTR.15907713

5 Documentos del contrato

**Número del contrato** PS 7461 2025

6 Información presupuestal

**Versión del contrato** 3

7 Ejecución del Contrato

**Objeto del contrato**  
PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - RESOLUCION 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

8 Modificaciones del Contrato

**Tipo de contrato** Prestación de servicios

9 Incumplimientos

**Fecha de inicio del contrato** 10/10/2025 7:59:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

**Fecha de terminación del contrato** 15 días para terminar (30/11/2025 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

**Duración del contrato** 24 Días

**Tiempo adiciones en días** 22 días

**Proveedor(es) seleccionado(s)**  Sí  No

**Estado del contrato** En ejecución

**Liquidación**  Sí  No

**Obligaciones Ambientales**  Sí  No

**Obligaciones Pos Consumo**  Sí  No

**Reversión**  Sí  No

**Entidad Estatal**



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E 1**

0 Recomendación (es)



**Proveedor Seleccionado**



**YURANY MILENA CASTAÑEDA RUIZ**

0 Recomendación (es)

COLOMBIA, Barranquilla



**Cuenta bancaria del proveedor**

Proveedor	Nombre del banco	Tipo de cuenta	Número de cuenta
YURANY MILENA CASTAÑEDA RUIZ	DAVIVIENDA	Ahorros	004800361232

**Aprobación del contrato**

**Aprobador – Proveedor**

**Aprobado por:** YURANY MILENA CASTAÑEDA RUIZ  
**Fecha de aprobación:** 9/10/2025 11:28:57 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

**Aprobador – Entidad Estatal**

**Aprobado por:** ELIANA IVONT HURTADO SEPULVEDA  
**Fecha de aprobación:** 10/10/2025 7:49:14 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

**Contrato firmado:** [CO1\\_PCCNTR\\_8430855\\_Firmado](#)

**Contrato en ejecución:** [CO1\\_PCCNTR\\_8430855\\_En ejecución](#)

**Información del objeto**

---

**Tipo de proceso** Contratación régimen especial  
**Unidad de contratación** CONTRATACION DE SERVICIOS 2022  
**Proceso de Contratación** 4800045  
**Título de la oferta** N/A  
**Cuantía del contrato** 10.800.101,00 COP



Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 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 l

**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"/> PS_7461_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7461_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	Proveedor <span style="float: right;">D</span>

Bor

Cancelar

< Evaluación de l