SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**DIANA PAOLA VEGA IGUA**			**CC:**	**1031130648**
CORREO ELECTRÓNICO:	**Diana.centrooriente@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3102767201**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 24 33 65 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO AV VILLAS**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**045821050**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 6898 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 4.195.200**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/01/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31**				

DIANA PAOLA VEGA IGUA
PS_6898_2025_C67D8E

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DIANA PAOLA VEGA IGUA
CC: 1031130648
CEL: 3102767201

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** AP-IA-FT-077 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
DIANA PAOLA VEGA IGUA			
	CON C.C N°	**1.031.130.648**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN TRABAJO SOCIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 6898 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.195.200	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 16.780.800	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.195.200
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA		

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
1	1.1OBLIGACIONES : PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL DISTRITO CAPITAL SEGÚN CONVENIO PSPIC VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 1.2. ACTIVIDAD: SOCIALIZACIÓN DE LAS OBLIGACIONES DEL PRODUCTO 61 SPACIOS EDUCATIVOS DE BIENESTAR - ZOE -ZOU Y 67 SPACIOS BREVES DE BIENESTAR ZOU -ZOE TENIENDO EN CUENTA LAS INTERVENCIONES ORIENTADAS A LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO. 1.3. PRODUCTO O SOPORTE: ACTA DE ASISTENCIA.
2	2.1.OBLIGACIONES: PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR. 2.2.ACTIVIDAD: CRONOGRAMA DE LAS ACCIONES A REALIZAR EN LA ESTRATEGIA SPACIOS DE BIENESTAR DEL MES DE DICIEMBRE 2025 2.3.PRODUCTO O SOPORTE: CRONOGRAMA EN DIGITAL.
3	3.1.OBLIGACIONES: APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, PRESENTANDO LA INFORMACIÓN Y/O SOPORTES QUE SE SOLICITE CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO PSPIC VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 3.2. ACTIVIDAD: APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DEL DISEÑO METODOLÓGICO A POBLACIÓN ESTUDIANTIL, DOCENTES DE UNIVERSIDADES E IEDTH, COMUNIDAD. 3.3. PRODUCTO O SOPORTE: ACTAS Y FICHAS TECNICAS, FICHA DE IDENTIFICACIÓN DE SPACIOS DE BIENESTAR Y FORMATO DE SESIONES COLECTIVAS.
4	4.1 OBLIGACIONES: APOYAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTOCONTINUO DE CALIDAD Y AQUELLAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. 4.2 ACTIVIDAD: APOYAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO, ENTRE ELLAS ASISTENCIA Y PARTICIPACIÓN DE LA REUNIÓN DE ACUERDO ALPERIODO DEL MES DE DICIEMBRE 2025. 4.3.PRODUCTO O SOPORTE: ACTA DE DESARROLLO DE ACTIVIDAD Y LISTA DE ASISTENCIA.
5	5.1 OBLOGACIONES: CUMPLIR CON LA META, ACTIVIDADES Y/O PRODUCTOS PROGRAMADOS Y ASIGNADOS CON LA CALIDAD DEL DATO REQUERIDA (OPORTUNIDAD, CONSISTENCIA, EXACTITUD) DESDE SU PERFIL PROFESIONAL Y CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS QUE HAGAN PARTE DE LA RELACIÓN CONTRACTUAL ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 5.2.ACTIVIDAD: SE REALIZA ENTREGA PERIÓDICA DE LAS FICHAS DE CAPTURA CON CALIDAD DE LA INFORMACIÓN Y PERTINENCIA TÉCNICA DESDE EL PERFIL DE TRABAJO SOCIAL DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS. 5.3.PRODUCTO O SOPORTE: FORMATO DE ACTAS Y FICHAS TECNICAS, FORMATO DE SESIONES COLECTIVAS Y FICHA DE IDENTIFICACIÓN DE SPACIOS DE BIENESTAR.
6	6.1 OBLIGACIONES: REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO PSPIC VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 6.2.ACTIVIDAD: ASISTENCIA Y PARTICIPACIÓN A LA REUNIÓN DEL PROCESO INTEGRAL E INTEGRADO CUIDADO CONTINUO POR UNA VIDA CON BIENESTAR PROGRAMADA Y DE LA LOCALIDAD ANTONIO NARIÑO PARA EL MES DE DICIEMBRE 2025 6.3. PRODUCTO O SOPORTE: LISTADOS DE ASISTENCIA
7	7.1 OBLIGACIONES:REALIZAR REVISIÓN Y RESPONDER POR LOS FORMATOS DE CAPTURA, DOCUMENTOS, BASES O INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS DE LOS ENTORNOS Y PROCESOS TRANSVERSALES DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PSPIC. 7.2.ACTIVIDAD: REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR EL PRODUCTO 61 Y 67 SPACIOS DE BIENESTAR, IMPLEMENTACIÓN DE PLAN DE ACCIÓN, CRONOGRAMA Y DOCUMENTO DE SISTEMATIZACIÓN 7.3. PRODUCTO O SOPORTE: APLICACIÓN DE FICHA DE IDENTIFICACIÓN DE SPACIOS DE BIENESTAR

8	8.1. OBLIGACIONES: NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES. 8.2.ACTIVIDAD: DURANTE EL MES DE OCTUBRE 2025 NO SE EVIDENCIAN EVENTOS DE INTERÉS DE SALUD PÚBLICA PARA NOTIFICACIÓN. 8.3. PRODUCTO O SOPORTE: DURANTE EL MES CORRESPONDIENTE NO SE EVIDENCIAN EVENTOS DE INTERÉS DE SALUD PÚBLICA DE NOTIFICACIÓN
9	9.1OBLIGACIONES: ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 9.2. ACTIVIDAD: PARA EL MES DE DICIEMBRE SE REALIZARON ACCIONES DE GESTIÓN DOCUMENTAL DE ACUERDO A PLANEACIÓN DEL APOYO A LA GESTIÓN, CORRESPONDIENTE A LA ACTUALIZACIÓN DEL PRODUCTO CORRESPONDIENTE. 9.2. PRODUCTO O SOPORTE: FUID Y CARPETAS DE PRODUCTO CORRESPONDIENTE
10	10.1OBLIGACIONES DAR CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE LOS PROCESOS TRANSVERSALES DEL PSPIC, DE ACUERDO A SU COMPETENCIA: CANALIZACIONES, PAI, EDUCACIÓN PARA LA SALUD PUBLICA, GESI, ACCVSYE, NOTIFICACIÓN DE EISP Y PARTICIPACIÓN SOCIAL. 10.2. ACTIVIDAD: SE REALIZAN PROCESO DE CANALIZACIÓN DE ACUERDO A LAS NECESIDADES PRIORIZADAS E IDENTIFICADAS. 10.3.PRODUCTO O SOPORTE: FORMATO DE CANALIZACIÓN
11	11.1 OBLIGACIONES: EL CONTRATISTA SE OBLIGA A QUE LAS GLOSAS QUE SE GENEREN POR INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y DE ACUERDO A LOS HALLAZGOS QUE IDENTIFIQUE EL EQUIPO DE SEGUIMIENTO Y/O INTERVENTORÍA DEL FFDS_SDS AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PSPIC (CONFORME AL ANEXO DE CRITERIOS DE GLOSA), SERÁN CAUSAL DE INICIO DE APERTURA DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO SANCIONATORIO DE INCUMPLIMIENTO CONTRACTUAL. 11.2.ACTIVIDAD: HASTA EL MES DE DICIEMBRE 2025 NO SE HAN OBTENIDO GLOSAS PARA EL PRODUCTO O PROCESO EJECUTADO, SE REALIZA PREAUDITORIA CON LA PROFESIONAL DE APOYO Y VERIFICACION DE SOPORTES ENTREGABLES 11.3.PRODUCTO O SOPORTE: ACTAS DE PREAUDITORIA Y ENTREGABLES COMO FICHA DE IDENTIFICACIÓN DE SPACIOS DE BIENESTAR.FICHAS, FORMATO DE SESIONES COLECTIVAS TECNICAS Y ACTAS DE DESARROLLO
12	12.1 OBLIGACIONES: REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN. 12.2 ACTIVIDAD: SE REALIZAN ACTIVIDADES REQUERIDAS DE ACUERDO A LA NECESIDAD DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO. 12.3 PRODUCTO O SOPORTE: SOPORTES REQUERIDOS DE ACUERDO A LA ACTIVIDAD.

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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 91807214	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/12/10	$ 209.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/10	$ 268.700
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/10	$ 41.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 519.600

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	*DIANA PAOLA VEGA IGUA* *PS_6898_2025_C67D8E* **DIANA PAOLA VEGA IGUA** **CC: 1031130648**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*KATERINE ANDREA OSPINA DIAZ* *PS_6898_2025_C67D8E* **KATERINE ANDREA OSPINA DIAZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_6898_2025_C67D8E* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1031130648	DIANA PAOLA VEGA IGUA	KR 24 33 65 SUR	3102767201	dianavega276@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	10/12/2025	91807214	$553.200	

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	209.900	0		0		0	0	0	0	209.900	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	268.700	0	0	0	0	0	0		268.700	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	41.000				41.000	0	0	41.000			410	41.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	33.600	0	0	33.600	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	209.900	209.900
Pensión	1	268.700	268.700
Riesgos Laborales	1	41.000	41.000
CCF	1	33.600	33.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	553.200	553.200

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1031130648	DIANA PAOLA VEGA IGUA		KR 24 33 65 SUR	3102767201	dianavega276@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

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	
2025-11	2025-11	I	10/12/2025	91807214	$553.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	1031130648	VEGA IGUA DIANA PAOLA	59	0			N																	25-14	1.679.000	268.700	0	0	0	0	EPS010	1.679.000	209.900	14-11	1.679.000	3	41.000	CCF24	1.679.000	33.600	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Tu pago con CUS 1994794775 en COMPENSAR-OI - MiPlanilla.com Pago Proteccion Social fue aprobado

No. de autorización

52520283

Valor	$553.200
Impuesto	$0
Desde	Ahorros No. **** 1050
Hacia	Compensar-oi - Miplanilla.com Pago Proteccion Social - Pedido o Factura No. 91807214
Fecha	09/12/2025 Hora: 08:26 PM
Estado de la Transacción	Aprobado
Referencias adicionales	CC 1031130648
IP de origen	181.237.73.58

Si tienes dudas nos puedes contactar de la siguiente forma:

Línea nacional: +57 01 8000 51 8000

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

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		
	PS 6898 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE.pdf (Archivado)	PS 6898 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6898 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 6898 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6898 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 6898 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >