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:	**SULEYMA IBARRA OBANDO**			**CC:**	**59166467**
CORREO ELECTRÓNICO:	**obandosuli40@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3127579793**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**DG 14 BIS 5424**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008400858919**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 6947 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**				

SULEYMA IBARRA OBANDO
PS_6947_2025_8104D9

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
SULEYMA IBARRA OBANDO
CC: 59166467
CEL: 3127579793

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 SULEYMA IBARRA OBANDO			
	CON C.C N°	**59.166.467**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO SOCIOLOGO 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 6947 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	Obligación 1: 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. 1.1 Actividades desarrolladas: implementación de sesiones colectivas acciones cuidadoras de la comunidad negra, afrocolombiana, articulación sectorial e intersectorial. ficha técnica para el desarrollo de las piezas educomunicativas a demanda. 1.2. Productos (evidencias): acta con listado de asistencia de las sesiones colectivas formato sesiones colectivas mensual. informe de gestión: que evidencie los avances mensuales de las actividades y que incluyan la socialización de avance del plan de acción con la instancia consultiva de la comunidad negra, afrocolombiana, articulación sectorial e intersectorial, reporte de jornadas desarrolladas, participación en instancias u otras convocatorias definidas por a la instancia consultiva de la comunidad negra, afrocolombiana, grupos focales y socialización e implementación de acciones cuidadoras
2	2. Obligación 2: presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2.1 Actividades desarrolladas: se elabora con las actividades establecidas y pactadas con instituciones, lideres o comunidad. 2.2 Productos (evidencias): entrega magnética en drive. https://docs.google.com/spreadsheets/d/1q3FRrehPoZ2ygG2rfHHP3T3Fdtg5Z85H/edit?gid=592675616#gid=592675616
3	Obligación 3: 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. 3.1 Actividades desarrolladas: implementación de sesiones colectivas acciones cuidadoras de la comunidad negra, afrocolombiana, identificación de factores protectores. 3.2 Productos (evidencias): actas en medio magnético
4	Obligación 4: apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 4.1 Actividades desarrolladas: acudir y aportar positivamente y oportunamente a convocatorias para el desarrollo del área correspondiente. 4.2 Productos (evidencias): actas, fotografía, mediante medio magnético. https://drive.google.com/drive/folders/1Gfann20coLBxvNA_98CJZdJ2dfNRaGqV?usp=drive_link
5	Obligación 5: 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 sds y la subred. 5.1 Actividades desarrolladas: realizar los encuentros de implementación con la comunidad, identificación de factores protectores, implementación de las acciones cuidadoras, actualización de información y vinculación de nuevos actores. 5.2 Productos (evidencias): entrega medio magnético de actas, formato de secciones colectivas. https://drive.google.com/drive/folders/1Gfann20coLBxvNA_98CJZdJ2dfNRaGqV?usp=drive_link
6	Obligación 6: realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio pspic vigente y suscrito entre el sds y la subred. 6.1 Actividades desarrolladas: leer detenidamente analizando cada concepto desde mi perfil e incluir los anexos y lineamientos correspondientes del convenio pspic vigente y suscrito entre el sds y la subred. 6.2 Productos (evidencias): actas de apropiación conceptual en medio magnético. https://drive.google.com/drive/folders/1heBUuRmVV8ch3MNeAnLEU1-BP3ciPYSW?
7	Obligación 7: 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. 7.1 Actividades desarrolladas: revisar la documentación correspondiente a las actividades. 7.2 Productos (evidencias): mediante la elaboración de actas, mapeo de actores, drive, informes en medio magnético. https://drive.google.com/drive/folders/1Gfann20coLBxvNA_98CJZdJ2dfNRaGqV?usp=drive
8	Obligación 8: notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 8.1 Actividades desarrolladas: socializar en cada implementación de las acciones cuidadoras los diferentes eventos de salud pública en cada localidad donde se tiene incidencia. 8.2 Productos (evidencias): mediante whatsapp, flyers

9	Obligación 9: organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 9.1 Actividades desarrolladas: organizar cada archivo de acuerdo a lo establecido y expuesto en los fortalecimiento y capacitaciones. 9.2 Productos (evidencias): actas con sus respectivos listados. https://drive.google.com/drive/folders/1Gfann20coLBxvNA_98CJZdJ2dfNRaGqV?usp
10	Obligación 10: 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. 10.1 Actividades desarrolladas: mediante la identificación en la implementación de acciones cuidadoras identificar necesidades de la población para realizar el direccionamiento oportuno. 10.2 Productos (evidencias): mediante llamada telefónica, formato físico o magnético y articulaciones
11	Obligación 11: 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. 11.1 Actividades desarrolladas: cumplir con cada una de las obligaciones establecidas. 11.2 Productos (evidencias): actas, plan de acción, implementación de acciones cuidadoras con planeación y concertación comunitaria, plan de acción, mapeo de actores, articulaciones, informes trimestrales. https://drive.google.com/drive/folders/1Gfann20coLBxvNA_98CJZdJ2dfNRaGqV?usp=drive_link para la implementación de acciones cuidadoras según el lineamiento debe estar contratada la profesional de enfermería hasta la fecha no hay vinculación.
12	Obligación 12: realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. 12.1 Actividades desarrolladas: realizar a cabalidad las actividades inherentes a mi contrato que se requieran por parte de la supervisión. 12.2 Productos (evidencias): mediante actas o medio magnético.

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° 4630370759	OPERADOR:	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/11/12	$ 209.800
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/12	$ 268.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/12	$ 40.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 519.200

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	*SULEYMA IBARRA OBANDO* *PS_6947_2025_8104D9* **SULEYMA IBARRA OBANDO** **CC: 59166467**

FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ* *PS_6947_2025_8104D9* **LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_6947_2025_8104D9* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	59166467
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SULEYMA IBARRA OBANDO IBARRA OBANDO
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALI	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	PUERTO ARANDA CL 14 BIS 54 32	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA								
NÚMERO PLANILLA:			**4630370759**			TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	noviembre	AÑO	2025		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:				0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):				2025/11/12		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9994680632

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 268.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 268.500	$ 0	$ 268.500
SUBTOTALES:										**$ 268.500**	**$ 0**	**$ 268.500**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 209.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 209.800	$ 0	$ 0	$ 209.800
SUBTOTALES:													**$ 209.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 209.800**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 40.900	$ 40.900	$ 0	$ 0	$ 40.900
SUBTOTALES:									**$ 40.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 40.900**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF56	CCF56-COMFENALCO VALLE	1	$ 33.600	$ 0	$ 33.600
SUBTOTALES:			**$ 33.600**	**$ 0**	**$ 33.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES									
																										PENSIÓN								SALUD						ARP																	
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																											
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 59166467	IBARRA OBANDO SULEYMA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.678.080				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.678.080	$ 268.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 268.500	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.678.080	$ 209.800	$ 0	$ 209.800	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.678.080	1	$ 40.900	30	$ 1.678.080	CCF56-COMFENALCO VALLE	$ 33.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 552.800

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	59166467
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SULEYMA IBARRA OBANDO IBARRA OBANDO
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALI	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	PUERTO ARANDA CL 14 BIS 54	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4630370759**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/11/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9994680632

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 268.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 268.500**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 209.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 209.800**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8903030935	CCF56	CCF56-COMFENALCO VALLE	1	$ 33.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 33.600**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 40.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 40.900**

VALOR SIN MORA:	**$ 552.800**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 552.800**

Planilla Pagada

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9615080529	DV: 942903
Cliente:	110263 PILA RECAUDO
Fecha:	12/11/2025 13:30:21
PAP:	910117
Identificacion:	59166467
Nombre:	SULEYMA
Apellido 1:	IBARRA
Apellido 2:	OVANDO
TIPO DOCUMENTO:	CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO:	3186658964
Codigo Planilla:	4630370759
Periodo Pago:	2025/11
Valor Comision:	0
Valor Iva Comision:	0
Referencia: 59166467	Valor: $552.800,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo: Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

Scanned with CamScanner

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_6947_2025_OCTUBRE_AFILIACIONES.pdf (Archivado)	PS_6947_2025_OCTUBRE_AFILIACIONES.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6947 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 6947 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS_6947_2025_NOVIEMBRE_PLANILLASS.pdf (Archivado)	PS_6947_2025_NOVIEMBRE_PLANILLASS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS 6947 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE.pdf (Archivado)	PS 6947 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6947 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 6947 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >