

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	DORIS ANGELICA HERNANDEZ BAÑOL		CC:	52446755	
CORREO ELECTRÓNICO:	DORYS_ANGEL@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3195303643	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 1C 40A 40 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008480311227

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 8112 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.575.800
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/12/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/05 AL 2025/12/31		



DORIS ANGELICA HERNANDEZ BAÑOL
PS_8112_2025_3D37DB

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

DORIS ANGELICA HERNANDEZ BAÑOL

CC: 52446755

CEL: 3195303643

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

DORIS ANGELICA HERNANDEZ BAÑOL

CON C.C N° 52.446.755

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR TECNICO MAS BIENESTAR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE GESTI?N INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 8112 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/12/03
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 1.291.680	No. HORAS EJECUTADAS	159
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 2.782.080	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.575.800
---	--------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES
--	---------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO
--	---------------------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANA MARGARET RABA SIERRA
-------------------------------	--------------------------

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)

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. PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.1.1.Actividades a desarrollar: asistí a capacitación de fortalecimiento e inducción de los lineamientos del convenio.1.2 Productos o evidencia: entregue Acta de apropiación de lineamientos
2	2. PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR, ADICIONALMENTE CON LA FINALIZACIÓN DEL MES SE DEBE ENTREGAR UN INFORME DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARA LA EJECUCIÓN DE SUS ACTIVIDADES.2.1 Actividades a desarrollar: Elabore y entregue un cronograma mensual e informe de actividades ejecutadas en la entrega de medicamentos y toma de muestras. 2.2.Productos o evidencia: Entregue informe y formatos de la ejecución de las actividades desarrolladas.
3	3. APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, PRESENTANDO LA INFORMACIÓN Y/O SOPORTES QUE SE SOLICITE CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 3.1.Actividades a desarrollar: Apoye las jornadas extramulares, realice toma de muestras y entregue medicamentos según formula medica. 3.2.Productos o evidencia: entregue formatos y registro en el Gitaps
4	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 a desarrollar: Aplique las normas de Bioseguridad durante la toma de muestras y entrega de medicamentos. 4.2. Productos o evidencia: Entregue Concentimientos informados, formatos y registro en el Gitaps.
5	5. REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 5.1.Actividades a desarrollar:Aplique los lineamientos del convenio para el transporte y entrega de medicamentos 5.2.Productos o evidencia: Entregue Concentimientos informados, formatos y registro en el Gitaps.
6	6. DESARROLLAR PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES CONFORME A SU SABER DISCIPLINAR Y PROFESIONAL, EN FUNCIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS PROCESOS TRANSVERSALES. 6.1.Actividades a desarrollar: genere una buena comunicación con el equipo de trabajo, durante el desarrollo de las actividades 6.2.Productos o evidencia: Registro en el Gtaps, ordenes medicas y formatos.
7	7. REALIZAR LA REVISIÓN, ALISTAMIENTO Y ENTREGA CON CALIDAD DE CADA UNO DE LOS FORMATOS, DOCUMENTOS, BASES O INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN CUMPLIMIENTO A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 7.1.Actividades a desarrollar: verifique el correcto diligenciamiento de formatos, de toma de muestras entrega de medicamentos y concentimientos.7.2. Productos o evidencia: Formatos y registro Gtaps.
8	8. PARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO. 8.1.Actividades a desarrollar: oriente a la comunidad sobre horarios, requisitos y preparación para la toma de muestras y entrega de medicamentos. 8.2.Productos o evidencia: Formatos y registro Gtaps.

9	9. ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES. 9.1.Actividades a desarrollar: eduque a la comunidad sobre las reacciones adversas, eventos o alertas en la toma de muestras , medicación. 9.2.Productos o evidencia: Formatos de consentimientos y registro Gtaps.
10	10. PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR SDS DE ACUERDO CON LOS PROCESOS ASIGNADOS Y CONFORME A LAS ACTIVIDADES, METAS Y PRODUCTOS ESTABLECIDOS EN LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 10.1.Actividades a desarrollar: asistí a capacitaciones y comités de fortalecimiento técnico relacionados con los procesos de la estrategia Mas Bienestar 10.2.Productos o evidencia: registre la asistencia en el listado respectivo.
11	11. ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 11.1. Actividades a desarrollar: organice y registre los soportes de toma de muestras y entrega de medicamentos.11.2.Productos o evidencia: Registro Gtaps, formatos y actas.
12	12. REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN. 12.1.Actividades a desarrollar: Atendi requerimientos operativos solicitados por supervisión relacionados con el proceso12.2.Productos o evidencia: Entregue Actas
13	13. REALIZAR CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA A COMPLETITUD, CON CALIDAD Y VERACIDAD REALIZANDO LOS TAMIZAJES CORRESPONDIENTES SEGÚN LINEAMIENTO EN EL DESARROLLO DE LA CARACTERIZACIÓN APGAR, TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS SEGÚN RESOLUCIÓN 3280-2018, OMS, FINDRISC, CUESTIONARIO DE EPOC Y PLANILLA DE FIRMAS , TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA. 13.1.Actividades a desarrollar: Apoye la caracterización, identificando usuarios priorizados para toma de muestras y solicitud de medicamentos 13.2.Productos o evidencia: Registro Gtaps, formatos y actas.
14	14. DILIGENCIAR LA INFORMACIÓN DE LA CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA EN EL APLICATIVO GTAPS DE LA SDS DIARIAMENTE A COMPLETITUD, CON VERACIDAD Y CALIDAD DEL DATO DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCIÓN, TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA. 14.1.Actividades a desarrollar: Registre oportunamente la información de toma de muestras y entrega de medicamentos en los aplicativos requeridos 14.2.Productos o evidencia: Registro Gtaps, formatos y actas.
15	15. PRESENTAR EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES E INSUMOS PREPARADOS MAPAS BASE, MATRICES, CARTOGRAFÍA, DATOS CATASTRALES Y POBLACIONALES . 15.1.Actividades a desarrollar: Verifique y prepare insumos necesarios para toma de muestras y entrega segura de medicamentos. 15.2.Productos o evidencia: Registro Gtaps, formatos y actas.
16	16. PRESENTAR MAPA CON REGISTRO DEL EJERCICIO DE CARTOGRAFÍA REALIZADO POR EL GESTOR. MATRIZ DE INFORMACIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA, CON EL REGISTRO REALIZADO POR PARTE DEL GESTOR. 16.1.Actividades a desarrollar: Apoye el registro de usuarios atendidos por jornadas 16.2.Productos o evidencia: Registro Gtaps, formatos y actas.
17	17. PARTICIPAR EN EL COMITÉ TERRITORIAL EN EL QUE PARTICIPA TODO EL EQUIPO REVISIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN CARTOGRAFÍA, MATRIZ, INFORME Y CONCLUSIONES DE COMITÉ DE CUIDADO . 17.1.Actividades a desarrollar: presente reporte de avances, novedades y alertas del proceso de muestras y medicamentos.17.2. Productos o evidencia: Firma de listado de asistencia al comité.
18	18. REALIZAR EL REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES EN INSTRUMENTOS DEFINIDOS PARA CAPTURA DE INFORMACIÓN CON CALIDAD PLANILLA DE FAMILIAS CON CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ATENCIÓN INICIAL DESDE ABORDAJE TERRITORIAL, APLICATIVO EN LÍNEA DEFINIDO POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD . 18.1.Actividades a desarrollar: Diligencie planillas de control, inventario y seguimiento de medicamentos y muestras 18.2Productos o evidencia: Registro Gtaps, formatos y actas.
19	19. GESTIONAR Y ACTIVAR LOS RIESGOS EN SALUD IDENTIFICADOS CON OPORTUNIDAD A TRAVÉS DEL AGENDAMIENTO, ACTIVACIONES DE RUTA O FORMATOS DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA SEGÚN CORRESPONDA. 19.1Actividades a desarrollar: Active ruta de atención ante eventos adversos y usuarios con riesgo 19.2.Productos o evidencia: Registro Gtaps, formatos y actas.
20	20. CUMPLIR, SEGÚN SU PERFIL Y RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, CON TODAS LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TÉCNICO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR VIGENTE, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, ASÍ COMO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS QUE DE ESTE SE DERIVEN. 20.1.Actividades a desarrollar:Ejecute las funciones asignadas al equipo complementario, cumpliendo objetivos del convenio teniendo en cuenta los tiempos establecidos. 20.2.Productos o evidencia: Registro Gtaps, formatos y actas.

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 (2025-12-05) AL (2025-12-31)


IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9493663363	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COOSALUD	2025/11/13	\$ 118.700
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/13	\$ 151.900
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/13	\$ 23.200
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 293.800

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	 <p style="text-align: center;"><i>DORIS ANGELICA HERNANDEZ BAÑOL</i> <i>PS_8112_2025_3D37DB</i></p> <hr/> <p style="text-align: center;">DORIS ANGELICA HERNANDEZ BAÑOL CC: 52446755</p>
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <p style="text-align: center;"><i>SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA</i> <i>PS_8112_2025_3D37DB</i></p> <hr/> <p style="text-align: center;">SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA SUPERVISOR ALTERNO</p>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p style="text-align: center;"><i>ANA MARGARET RABA SIERRA</i> <i>PS_8112_2025_3D37DB</i></p> <hr/> <p style="text-align: center;">ANA MARGARET RABA SIERRA SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52446755		HERNANDEZ BAÑOL DORIS ANGELICA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 1 C 40 A 40 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	34806372	9493663363	I	2025/11/14	2025/11/13	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$293,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$949,000	\$151,900			\$949,000	\$118,700			\$0	\$0			\$949,000	\$23,200		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$949,000	\$151,900			\$949,000	\$118,700			\$0	\$0			\$949,000	\$23,200		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$949,000	\$151,900			\$949,000	\$118,700			\$0	\$0			\$949,000	\$23,200		\$0	\$0
1	CC 52446755	HERNANDEZ DORIS	230301	20	\$949,000	\$151,900	ESSC24	20	\$949,000	\$118,700		0	\$0	\$0	14-11	20	\$949,000	\$23,200	0	\$0	\$0
Total	Afiliados(1)				\$949,000	\$151,900			\$949,000	\$118,700			\$0	\$0			\$949,000	\$23,200		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52446755		HERNANDEZ BAÑOL DORIS ANGELICA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 1 C 40 A 40 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha			Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	34806372	9493663363	I	2025/11/14	2025/11/13	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$293,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$151,900	\$0	\$0	\$151,900	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$151,900	\$0	\$0	\$151,900	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$23,200	\$0	\$0	\$23,200	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$23,200	\$0	\$0	\$23,200	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$118,700	\$0	\$0	\$118,700	
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	\$118,700	\$0	\$0	\$118,700	
TOTAL				1	\$293,800	\$0	\$0	\$293,800	

BOGOTA D.C 22 DE DICIEMBRE 2025

SEÑORES:

SUBRED CENTRO ORIENTE

Asunto: Constancia por deterioro de comprobante de pago.

Por medio de la presente yo Doris Angelica Hernandez Bañol, identificada con CC. 52.446.755 de Bogotá, respetuosamente me permito manifestar que el comprobante (voucher) de pago correspondiente a pago de la planilla correspondiente al mes de octubre se deterioro, ya que realice el pago en un corresponsal Efecty, motivo por el cual no cuento con dicho documento en este momento.

Aclaro que el pago fue realizado oportunamente, pero debido al deterioro del soporte no es posible anexarlo. Por tal motivo presento la constancia para los fines administrativos que correspondan.

Agradezco su comprensión y quedo atenta a cualquier información adicional que requieran.

Cordialmente.


Doris Hernandez

CC. 52.446.755 de Bogotá

Aux de enfermería



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](#)

Datos guardados

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

VER CONTRATO

Ejecución del contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Factura del contrato

¿Se necesita autorización de registro? Si No

ID de pago	Número de factura	Fecha de asunto	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

Datos guardados

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/>	PS 5438 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf	PS 5438 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 5438 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf	PS 5438 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	NC SUSPENSION DE CONTRATOS SED.pdf	NC SUSPENSION DE CONTRATOS SED.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 5438 2025 MODIF No. 1.pdf	PS 5438 2025 MODIF No. 1.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 5438 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025.pdf	PS 5438 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 5438 2025 CUENTA DECOBRO MES AGOSTO 2025.pdf	PS 5438 2025 CUENTA DECOBRO MES AGOSTO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	1 PS 5438 2025 CRP-16398.pdf	1 PS 5438 2025 CRP-16398.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	2 PS 5438 2025 CRP-17727.pdf	2 PS 5438 2025 CRP-17727.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	COMUNICACION SUPERVISOR PS 5438 2025 6-10-2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 5438 2025 6-10-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 5438 2025 CUENTA DECOBRO MES SETP 2025.pdf	PS 5438 2025 CUENTA DECOBRO MES SETP 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 5438 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 5438 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>