FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Bueno	Escobar	Cindy Jazmin

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1130639147	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 14 MES 07 AÑO 1988	CARRERA 92 - 45 59 SUR carrera 92 # 45-59			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	VALLE DEL CAUCA
DEPTO	VALLE DEL CAUCA	MUNICIPIO	CALI		
MUNICIPIO	CALI	TELÉFONO	3136277262	EMAIL	cindyjazminbueno@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	06	AÑO	2004
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN SALUD	07	2016	
PREGRADO	10	X		ODONTOLOGIA	11	2014	

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO

4 IDIOMAS

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
ESPAÑOL			X			X		X	

5 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: ALCALDIA DE PUERTO TEJADA			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: CAUCA	MUNICIPIO: PUERTO TEJADA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 3136277262	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	02	Año	2024	Día	29	Mes	11	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA: AREA DE LA SALUD						DIRECCIÓN: CARRERA 19 CENTRO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: ALCALDIA DE BUENOS AIRES			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: CAUCA	MUNICIPIO: BUENOS AIRES						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 3136277262	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	15	Mes	06	Año	2023	Día	26	Mes	12	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA: AREA DE LA SALUD						DIRECCIÓN: CALLE 13 13 10 CALLE PRINCIPAL					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE PUERTO TEJADA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAUCA	*MUNICIPIO* PUERTO TEJADA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3136277262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	27	*Mes*	02	*Año* 2023	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE LA SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 19 19 17 CALLE 19-17						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE BUENOS AIRES			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAUCA	*MUNICIPIO* BUENOS AIRES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3136277262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	10	*Mes*	01	*Año* 2023	*Día*	09	*Mes*	06	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 15 15A 20 principal						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE BUENOS AIRES			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAUCA	*MUNICIPIO* BUENOS AIRES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3136277262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE LA SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 13 13 10 EDIFICIO CAM						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE PUERTO TEJADA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAUCA	*MUNICIPIO* PUERTO TEJADA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3136277262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	27	*Mes*	01	*Año* 2022	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE LA SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 19 CALLE 17 ESQUINA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE BUENOS AIRES			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAUCA	*MUNICIPIO* BUENOS AIRES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3113474219	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE LA SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 13 CALLE 13-10						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE PUERTO TEJADA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAUCA	*MUNICIPIO* PUERTO TEJADA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3113474219	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	31	*Mes*	03	*Año* 2021	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD					*DIRECCIÓN* Carrera 19 Calle 17 esquina						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE BUENOS AIRES			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAUCA	*MUNICIPIO* BUENOS AIRES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3136277262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	04	*Mes*	01	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE LA SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 13 1212 1 CALLE 13-10						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE BUENOS AIRES			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAUCA	*MUNICIPIO* BUENOS AIRES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3113474219	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE LA SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 13 CALLE 13-10						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE PUERTO TEJADA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAUCA	*MUNICIPIO* PUERTO TEJADA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3113474219	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	03	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE LA SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 19 CALLE 17 ESQUINA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE BUENOS AIRES			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAUCA	*MUNICIPIO* BUENOS AIRES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3136262727	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	03	*Año* 2019	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE LA SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 13 CALLE 13-10						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE PUERTO TEJADA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CAUCA	*MUNICIPIO* PUERTO TEJADA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3113474219	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	10	*Año*	2019	*Día*	02	*Mes*	12	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE LA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 17					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE PUERTO TEJADA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CAUCA	*MUNICIPIO* PUERTO TEJADA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3113474219	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	09	*Año*	2018	*Día*	10	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE LA SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 19 CALLE 17 ESQUINA					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE PADILLA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CAUCA	*MUNICIPIO* PADILLA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	01	*Año*	2018	*Día*	07	*Mes*	06	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE PRINCIPAL ESQUINA					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO IMSALUD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CAUCA	*MUNICIPIO* PUERTO TEJADA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 316482917	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	08	*Año*	2016	*Día*	13	*Mes*	12	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD						*DIRECCIÓN* PUERTO TEJADA					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA COLOMBIA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* CALI						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 316482917	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	05	*Año*	2015	*Día*	24	*Mes*	06	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 13 LA LUNA					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS				
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO						CORREO ELECTRÓNICO				
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:		Mes:		Año:		Día:		Mes:		Año:
AREA DE CONOCIMIENTO	NIVEL EDUCATIVO						DIRECCIÓN				

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	7	5
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Pueño Tejada enero -2026.

Jazmin Bueno Escobar.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

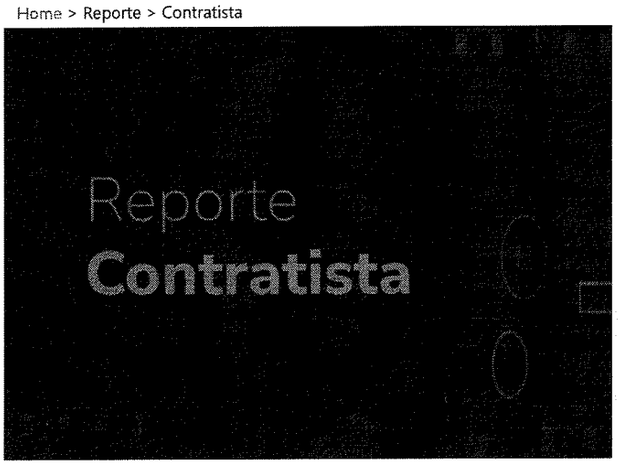
CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

puerto tejada cauca ENERO 2026.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Home > Reporte > Contratista



Nueva Búsqueda

- (●) Empresa / Persona
- ( ) Entidad
- ( ) Departamento

Soy humano hCaptcha Privacidad - Condiciones

1130639147

Los siguientes datos relacionan el histórico de sanciones, multas o cualquier otro reporte por delitos contra la administración pública que haya sido impuesto a una persona natural o jurídica.

Nombre de persona o empresa
CINDY JAZMIN BUENO ESCOBAR

Nit / C.C.:
1130639147

0
- 0 Sanciones disciplinarias
- 0 Multas y sanciones contractuales
- 0 Responsabilidades fiscales

Reporte General

Este informe se basa en los contratos registrados en el Sist. Electrónico de Contratación Pública, (SECOP), presentados a través del Portal de Datos Abiertos de Colombia.

Seleccione un año: Todos los años

Lista de los contratos más cuantiosos

*Para visualizar la información completa de los contratos, clic en link de Contrato.

Copy CSV Excel PDF Print Buscar:

#	Monto	Objeto de contrato	Entidad	Fecha inicio	Fecha terminación	Departamento	Detalles
1	$45,100,000	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA SECRETARIA LOCAL DE SALUD PARA LOS P ...	CAUCA - PUERTO TEJADA - ALCALD ...	2025-02-17	2025-12-30	CAUCA	
2	$37,400,000	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA SECRETARIA LOCAL DE SALUD PARA LOS P ...	CAUCA ALCALDIA MUNICIPIO DE PU ...	2024-02-01	2024-12-01	CAUCA	
3	$32,550,000	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA SECRETARIA LOCAL DE SALUD PARA GARAN ...	CAUCA ALCALDIA MUNICIPIO DE PU ...	2022-01-27	2022-11-27	CAUCA	

#	Monto	Objeto de contrato	Entidad	Fecha inicio	Fecha terminación	Departamento	Detalles
4	$31,000,000	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA SECRETARIA LOCAL DE SALUD PARA GARAN ...	CAUCA ALCALDIA MUNICIPIO DE PU ...	2023-02-27	2023-12-12	CAUCA	
5	$26,350,000	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA SECRETARIA LOCAL DE SALUD PARA LOS P ...	CAUCA ALCALDIA MUNICIPIO DE PU ...	2021-03-31	2021-12-11	CAUCA	
6	$20,440,200	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO APOYO A LA PLANEACION INTEGRAL EN SAL ...	CAUCA ALCALDIA MUNICIPIO DE BU ...	2023-06-21	2023-12-31	CAUCA	
7	$19,882,740	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN LA PLANEACION EN SALUD PUBLICA Y EN EL SEGUIM ...	CAUCA ALCALDIA MUNICIPIO DE BU ...	2024-02-01	2024-08-01	CAUCA	
8	$19,530,000	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO APOYO A LA PLANEACION INTEGRAL EN SA ...	CAUCA ALCALDIA MUNICIPIO DE BU ...	2022-07-01	2023-01-01	CAUCA	
9	$19,000,000	PRESTAR SUS SERVICIOS EN EL AJUSTE Y SEGUIMIENTO AL PLAN TERRITORIAL DE SALUD A ...	CAUCA ALCALDIA MUNICIPIO DE BU ...	2018-11-01	2018-12-29	CAUCA	
10	$18,720,000	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO APOYO A LA PLANEACION INTEGRAL EN SAL ...	CAUCA ALCALDIA MUNICIPIO DE BU ...	2021-07-01	2022-01-01	CAUCA	
11	$18,720,000	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO APOYO A LA PLANEACION INTEGRAL EN SAL ...	CAUCA ALCALDIA MUNICIPIO DE BU ...	2021-01-04	2021-07-04	CAUCA	
12	$16,817,500	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO APOYO A LA PLANEACION INTEGRAL EN SAL ...	CAUCA ALCALDIA MUNICIPIO DE BU ...	2022-01-25	2022-06-25	CAUCA	
13	$16,568,950	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO EN EL COMPONENTE DE PARTICIPACION SOCIAL Y COMUNITARI ...	CAUCA ALCALDIA MUNICIPIO DE BU ...	2024-08-01	2025-01-01	CAUCA	
14	$15,485,000	PRESTACION DE SERVICION PROFESIONALES COMO APOYO A LA PLANEACION INTEGRAL EN SAL ...	CAUCA ALCALDIA MUNICIPIO DE BU ...	2023-01-10	2023-06-10	CAUCA	
15	$14,250,000	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ODONTOLOGO EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ATEN ...	VALLE DEL CAUCA - ESE HOSPITAL ...	2025-07-11	2025-09-30	VALLE DEL CAUCA	
16	$13,905,000	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA OFICINA DE SALUD PARA EL FORTAÑECIM ...	CAUCA ALCALDIA MUNICIPIO DE CA ...	2025-09-11	2025-12-11	CAUCA	
17	$9,000,000	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO APOYO A LA PLANEACION INTEGRAL DE SAL ...	CAUCA ALCALDIA MUNICIPIO DE BU ...	2020-10-01	2021-01-01	CAUCA	
18	$7,500,000	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES EN EL EL AREA DE SALUD GESTION EN SALUD PUBL ...	CAUCA ALCALDIA MUNICIPIO DE PU ...	2018-09-12	2018-12-12	CAUCA	
19	$5,159,000	PRESTAR LOS SERVICIO PROFESIONALES EN SALUD PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA GESTIO ...	CAUCA ALCALDIA MUNICIPIO DE PU ...	2019-10-04	2019-12-04	CAUCA	
20	$4,750,000	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ODONTOLOGO EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ATEN ...	VALLE DEL CAUCA - ESE HOSPITAL ...	2025-11-07	2025-11-25	VALLE DEL CAUCA	
21	$3,000,000	CONTRATAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE ODONTOLOGO PARA EL APOYO DE EJECUCION Y ...	CAUCA ESE NORTE 1 BUENOS AIRES ...	2018-10-02	2018-12-02	CAUCA	

Entidades

[Entidades con mayor número de contratos adjudicados discriminados por: Número de procesos, Departamento y Municipio.]

Gráficas del reporte

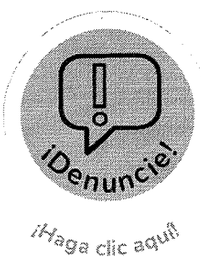
Para visualizar gráficas seleccione una opción



Powered by Secretaría de Transparencia

¿Es conocedor de un hecho de corrupción?

La Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República cuenta con un canal de denuncia de hechos de corrupción. Puede denunciar de manera segura cualquier irregularidad que conozca.



Presidencia de la República de Colombia

Casa de Nariño: carrera 8 No. 7-26

Vicepresidencia: carrera 8 No. 7-57

Edificio Administrativo: calle 7 No. 6-54

Código postal: 111711

Horario de atención: Lunes a viernes 8:00 am a 5:00 pm

Contacto

Conmutador: +57 (601) 562 9300

Correo institucional:

contacto@presidencia.gov.co

Notificaciones judiciales:

notificacionesjudiciales@presidencia.gov.co

Política de seguridad de la información

Acerca del sitio

Reporte

Presupuesto Transparente

Mapa de noticias

Indicadores

Normatividad

Contacto

Denuncie



◐

A⁻

A⁺