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: (28-02-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**VISITACION CASAS MENA**			**CC:**	**52075502**
CORREO ELECTRÓNICO:	**tcasasmena@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3118711835**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 88 F BIS 73A 09 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24061295304**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 8274 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 4.195.200**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/12/17**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/02/01 AL 2026/02/28**				

VISITACION CASAS MENA
PS_8274_2025_DEF1FF

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
VISITACION CASAS MENA
CC: 52075502
CEL: 3118711835

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			
VISITACION CASAS MENA			
	CON C.C N°	**52.075.502**	
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 8274 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/12/17**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.097.600	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 23.073.600	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.195.200
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) 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: En el mes de diciembre se articuló con las consultas Distritales, para la articulación y visibilizacion de enfoque de documentación ya existente pero que se inicia una nueva investigación para engrosar documento anterior, ya que se encontraron brechas que se necesita fortalecer, se defendió un espacio con la comunidad negra, afrodescendientes que visita a los kilombos para recolectar información que ayude al espesor general del documento, como también socializar la primera etapa, también se realizó visitas a kilombos para articular actividades con la comunidad y las consultivas Distritales. 1.2 Productos (evidencias): evidencia: Acta, llamada telefónica.
2	Obligación 2: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2.1 Actividades desarrolladas: Para esta obligación se subió al drive el cronograma de actividades, Se dio continuidad a la base de actores en su implementación. 2.2 Productos (evidencias): CRONOGRAMA, MAPEO DE ACTORES.
3	Obligación 3: Apoyar la prestación de servicios en el PLAN de intervenciones colectivas, presentando la información soportes que se solicita conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la subred. 3.1 Actividades desarrolladas: En esta obligación se realizó una reunión con la profesional Luz Adriana Calderón, y la Psicóloga de secretaría de salud coordinadora de este producto. 3.2 Producto (evidencias): Actas relacionadas en el drive predispuesto como soporte de ello.
4	Obligación 4: Apoyar las actividades Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planos de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 4.1 Actividades desarrolladas: En el mes de diciembre, se participó en la reunión mensual programada para el mejoramiento continuo y mejoras personales como institucionales. 4.2 Producto (EVIDENCIA): Como evidencia se encuentra la fotografía cargada en el disco dispuesto para anexar los soportes.
5	Obligación 5. Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad del dato requerido (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. 5.1 Actividades desarrolladas: Para esta obligación se cumplió dando lineamiento y cumplimiento de llegada en todas las reuniones que fui requerida. 5.2 Producto (EVIDENCIAS): Actas relacionadas en el drive predispuesto como soporte de ello.
6	Obligación 6. Realizar la apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 6.1 Actividades desarrolladas: Se realizó reunión en articulación en secretaría de salud con equipo territorial para visibilizar y recoger información de lo avanzado en el documento como también en territorio. 6.2 Producto (EVIDENCIAS): Actas relacionadas en el drive predispuesto como soporte de ello.
	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: Para este proceso de documentación estamos implementando archivo documental de equipo con las articulaciones en los territorios.

7	7.2 Producto (EVIDENCIA): Actas relacionadas en el drive predispuesto como soporte de ello y cronograma que lo corrobora con información cargada.
8	Obligación 8: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 8.1 Actividades desarrolladas: Para esta obligación se notificó cada meta realizada y avanzada en los territorios con las comunidades negras, afrodescendientes. 8.2 Producto (EVIDENCIAS): Actas relacionadas en el drive predispuesto como soporte de ello.
9	Obligación 9: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 9.1 Actividades desarrolladas: En esta obligación se está implementando y recopilando los documentos para su respectiva implementación y orden organizativo. 9.2 Producto (EVIDENCIAS): Actas relacionadas en el drive predispuesto como soporte de ello.
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 Pública, GESI, ACCVS y E, Notificación de EISP y Participación Social. 10.1 Actividades desarrolladas: Para esta obligación no se ha detectado en territorio alguna novedad en la población negra, afrodescendiente. 10.2 Producto (EVIDENCIAS): Actas territoriales, las cuales se encuentran relacionadas en el drive predispuesto como soporte de ello.
11	relacionadas en el drive predispuesto como soporte de ello. 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 actividades incumplimiento contractual. 11.1 desarrollados: Para esta obligación se realiza un drive específico donde se encuentran actas y cronograma. 11.2 Producto (EVIDENCIA): Actas en drive del equipo de producto 89.
12	Obligación 12: Realizar las demás obligaciones que se relacionan 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: En esta obligación se estuvo atenta y pendiente a cualquier requerimiento por parte de la supervisión del contrato. 12.2 Producto (EVIDENCIA): actas ubicadas en el drive del equipo del producto 89, carpeta SAN.

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 (2026-02-01) AL (2026-02-28)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9495835164-9497633285	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/02/11	$ 396.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/02/11	$ 508.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/02/11	$ 77.400
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 982.300

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	*VISITACION CASAS MENA* *PS_8274_2025_DEF1FF* **VISITACION CASAS MENA** **CC: 52075502**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*BRISETT DAYAN RODRIGUEZ DIAZ* *PS_8274_2025_DEF1FF* **BRISETT DAYAN RODRIGUEZ DIAZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_8274_2025_DEF1FF* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52075502		CASAS MENA VISITACION	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 88F BIS N° 73A-09SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7833799	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	95835164	9495835164	I	2026/01/05	2026/01/07	BANCO AV VILLAS	2	$441,200

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)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC	52075502 CASAS VISITACION	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS008	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52075502		CASAS MENA VISITACION	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 88F BIS N° 73A-09SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7833799	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	95835164	9495835164	I	2026/01/05	2026/01/07	BANCO AV VILLAS	2	$441,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$300	$0	$228,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$300	$0	$228,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$100	$0	$34,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$100	$0	$34,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$300	$0	$178,300
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$178,000	$300	$0	$178,300
TOTAL				**1**	**$440,500**	**$700**	**$0**	**$441,200**

Banco AV Villas

COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Número identificación del Aportante / Pin Único: 52075502

Valor a Pagar $: 440500

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla: 9 4 9 5 8 3 5 1 6 4

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

PAGO CON PIN ÚNICO

Operador de Información: _____

Periodo de Cotización a Pagar: Año 2025 Mes 12

AAV 027 20260107 09:31 SC 672 LINEA D
VR PAGADO: 441,200.00
NOMBRE:APORTES EN LINEA
CLAVE:9495835164 0
ID:52075502
Fecha Aplicación:20260107 PIN:93158
Estimado cliente: Verifique los datos de su pago. Después de retirarse de la ventanilla no se aceptan reclamos.

ESTIMADO CLIENTE:
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ÉSTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSÉRVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

CAP-PR0-083-V2

Impreso por: dispapeles S.A.S. NIT: 860.028.580-2 60124

Powered by CamScanner

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52075502		CASAS MENA VISITACION	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 88F BIS N° 73A-09SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7833799	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	97633285	9497633285	I	2026/02/03	2026/02/11	BANCO AV VILLAS	8	$544,800

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)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E, (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC 52075502	CASAS VISITACION	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS008	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52075502		CASAS MENA VISITACION	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 88F BIS N° 73A-09SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7833799	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	97633285	9497633285	I	2026/02/03	2026/02/11	BANCO AV VILLAS	8	$544,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$1,500	$0	$281,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$1,500	$0	$281,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$300	$0	$43,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$300	$0	$43,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$1,200	$0	$220,100
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$218,900	$1,200	$0	$220,100
TOTAL				**1**	**$541,800**	**$3,000**	**$0**	**$544,800**

Banco AV Villas

COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Número identificación del Aportante / Pin Único	Valor a Pagar $:
52075502.	$ 544.800

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla: 9 4 9 7 6 3 3 2 8 5

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

PAGO CON PIN ÚNICO

Operador de Información: _____

Periodo de Cotización a Pagar: Año 2026 Mes 01

AVV 027 20260211 10:40 SC 927 LINEA D
VR PAGADO: 544,800.00
NOMBRE:APORTES EN LINEA
CLAVE:9497633285 0
ID:52075502
Fecha Aplicación:20260211 PIN:104021
Estimado cliente: Verifique los datos de su pago. Después de retirarse de la ventanilla no se aceptan reclamos.

ESTIMADO CLIENTE:
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ÉSTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSÉRVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

CAP-PRO-003-V2

FORTECO S.A.

Powered by 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

○ 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

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 8274 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 8274 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 8274 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	PS 8274 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >