

 SECRETARÍA GENERAL	INFORME DE SUPERVISION DE CONTRATOS PARA PRESTACION DE SERVICIOS – BIENES Y SUMINISTROS	VERSIÓN	001
		FECHA DE APROBACIÓN	2024-01-31

Nota: (Diligenciar los cuadros con la información del contrato y acta de inicio)

Informe de Supervisión No:	1
Contrato No:	202503007

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

Contratista:	ESPERANZA MARIA MELENDEZ RAMIREZ												
Identificación:	32667282												
Tipo de Contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS												
Nombre del Supervisor:	OLINDA OÑORO JIMENEZ												
Objeto del Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN LA PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES EMERGENTE, REMERGENTES Y DESATENDIDAS LEPRO, MEDIANTE LAS ACCIONES QUE LLEVA A CABO LA SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA EN LOS 22 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.												
Plazo de Ejecución:	El plazo para la ejecución del contrato será de ochenta y seis (86) días, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución												
Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	202502199	Fecha de C.D.P.	27/08/2025										
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	202507638	Fecha del R.P.	20/10/2025										
Valor del Contrato	<table border="1"> <tr> <td>Contrato Inicial</td> <td>\$ 18.800.000</td> </tr> <tr> <td>Adición 1</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>Adición 2</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>Adición 3</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>\$ 18.800.000</td> </tr> </table>			Contrato Inicial	\$ 18.800.000	Adición 1	\$	Adición 2	\$	Adición 3	\$	Total	\$ 18.800.000
Contrato Inicial	\$ 18.800.000												
Adición 1	\$												
Adición 2	\$												
Adición 3	\$												
Total	\$ 18.800.000												
Fecha de inicio del contrato	Fecha de terminación del contrato	Fecha de Suspensión del contrato	Fecha de reinicio										
20/10/2025	31/12/2025												

1.1 MODIFICACIONES DEL CONTRATO
(Relacionar Adiciones y/u Otro sí, Si aplica)

DOCUMENTO	FECHA SUSCRIPCION AAA/MM/DD	PRÓRROGA DEL PLAZO (meses y/o días)	ADICIÓN VALOR (\$)	OBSERVACIÓN

2. GARANTIAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA (según se establezcan en el Contrato)

Nota: Aplica solo para Informes de supervisión de Bienes y suministros.

 Aseguradora	No de Póliza	Actualización de Póliza (En caso que aplique)	Amparos	Vigencia	
				Desde (yyyy-mm-dd)	Hasta (yyyy-mm-dd)

 SECRETARÍA GENERAL	INFORME DE SUPERVISION DE CONTRATOS PARA PRESTACION DE SERVICIOS – BIENES Y SUMINISTROS		VERSIÓN	001
			FECHA DE APROBACIÓN	2024-01-31
			Calidad del servicio	
			Cumplimiento	
			Anticipo	
			Pago anticipado	
			Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados	
			Salarios y prestaciones	
			Responsabilidad Civil Extracontractual	
			Otros	

3. ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO (*)

DESCRIPCIÓN	VALOR
Valor del Contrato Inicial	\$ 18.800.000
Adición No. 1	\$
Adición No. 2	\$
Adición No. 3	\$
Valor Total del contrato	\$ 18.800.000
Porcentaje del Anticipo	% \$
Porcentaje del Pago anticipado	% \$
Valor Amortizado del Anticipo	\$
Valor Ejecutado del Contrato	\$ 5.600.000
Valor por ejecutar	\$13.200.000
Valor a pagar en el presente Informe	\$ 5.600.000
No. Factura o Cuenta de Cobro	FE1612

4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO

4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 20 DE OCTUBRE AL 31 DE OCTUBRE 2025.

Las actividades desarrolladas por el contratista en el periodo descrito anteriormente, relacionadas con cada una de las obligaciones específicas establecidas en los estudios previos de la contratación se desagregan a continuación y así mismo se detallan las evidencias o soportes, con lo cual se verifica el cumplimiento a satisfacción de la obligación establecida:

Detalle de las Actividades Realizadas-	
Obligación	Producto
1 realizar seguimiento al 100% de los pacientes que ingresan al programa para garantizar el manejo adecuado e integral y evaluar el grado de discapacidad para la asignación de subsidios de acuerdo a las condiciones establecidas por ley.	Se realizaron las respectivas consultas de primera vez y control, teniendo en cuenta que aun en consulta se está presentando un numero bajo de pacientes, seguimos comprometidos en un seguimiento al 100% con cada uno de los pacientes y evaluar sus posibles discapacidades con respecto a la enfermedad.
2 hacer seguimiento a los casos de Lepra que presenten estados reaccionales para que se garantice su manejo adecuado. Educar a paciente convivientes con la enfermedad	Se hace seguimiento al 100% de pacientes atendidos y además se realiza evaluación de discapacidad a los pacientes diagnosticados con

 SECRETARÍA GENERAL	INFORME DE SUPERVISION DE CONTRATOS PARA PRESTACION DE SERVICIOS – BIENES Y SUMINISTROS	VERSIÓN	001
		FECHA DE APROBACIÓN	2024-01-31

de Hansen, y realizarles respectivo seguimiento	la enfermedad, y con subsidio nacional de lepra. No se realizo en este mes proceso de validación de discapacidad.
3 educar a los profesionales de la salud en la Guía de Manejo de Pacientes con LEPRO y en Prevención de Discapacidad.	Está pendiente la programación de una charla educativa a profesionales de la salud. QUEDO ATENTA A QUE SE INDIQUE LA FECHA PARA ESTA ACTIVIDAD.
4 apoyar las actividades administrativas del programa de Hansen y demás que se le asignen dentro de marco de sus competencias.	Se lleva a cabo asesoría para poder reportar informe trimestral al MINISTERIO DE SALUD, en el programa de LEPRO, con respecto al manejo de leproreaccion
5 realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor, con relación a su objeto contractual.	No se asignaron actividades durante el periodo indicado.

NOTA: Se relacionan las actividades realizadas por el contratista durante el plazo de ejecución del contrato.

5. NOVEDADES O SITUACIONES ANORMALES PRESENTADAS DURANTE EL DESARROLLO DEL CONTRATO

Durante el presente período no se han presentado novedades o situaciones anormales que afecten el desarrollo del contrato.

(En caso contrario describir la situación y las acciones de la supervisión)

6. RESUMEN DE ACTIVIDADES REALIZADAS POR LA SUPERVISIÓN.

- Seguimiento financiero y presupuestal del contrato.
- Conformación, actualización y seguimiento del expediente con la documentación relacionada con la ejecución del contrato.
- Verificación del pago de Estampillas
- Verificación de la vigencia de la garantía exigida en el contrato.
- Verificación y aprobación de los soportes necesarios para el pago.
- Expedición de la certificación del recibo a satisfacción correspondiente al periodo descrito, de conformidad con el servicio recibido.
- Trámite de reconocimiento y pago de honorarios ante la Oficina de Contabilidad

Y todas las demás obligaciones del contrato establecidas en los Estudios Previos, Anexos, y el Manual de Contratación.

7. CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA RELACIONADAS CON EL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y APORTES PARAFISCALES (Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, Leyes 828 de 2003, 1122 de 2007, 1150 de 2007 y 1562 de 2012, Decretos 1072 de 2015 y 1273 de 2018 y demás normas concordantes).

OLINDA OÑORO JIMENEZ quien actúa en nombre y representación del Departamento del Atlántico, en calidad de Supervisor, deja constancia que el contratista ejecutó a cabalidad el objeto del contrato conforme a lo señalado en el Estudio previo, y verificó el cumplimiento de las obligaciones del contratista con los sistemas de Seguridad Social Integral en salud, pensiones y riesgos laborales, información que se puede constatar en la planilla, certificación de pago correspondiente al periodo aquí relacionado.

 SECRETARÍA GENERAL	INFORME DE SUPERVISION DE CONTRATOS PARA PRESTACION DE SERVICIOS – BIENES Y SUMINISTROS	VERSIÓN	001
		FECHA DE APROBACIÓN	2024-01-31

7.1 ANEXO CONTROL DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL (*)

Número de la Cuenta de Cobro	Número de la Planilla	Fecha de Pago Planilla	Valor Total de la Planilla (sin intereses)
1	35211369	05/11/2025	\$1.823.100
	SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS		\$1.823.100

(La sumatoria total de las planillas sin intereses debe ser igual al pago de la seguridad social sobre el 40% del valor del contrato)

NOTA: Aplica para persona natural. Para persona jurídica, anexar certificación del pago de planillas de Seguridad Social por parte del Representante Legal y/o Revisor Fiscal con los soportes asociados.

Se firma en Barranquilla, a los 05 días del mes de diciembre de 2025.


FIRMA DEL SUPERVISOR
C.C.: 32834196 de Baranoa
& 822030502


FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C.: 32667282 de Barranquilla

	NOMBRE Y CARGO	DEPENDENCIA
Proyectó	Herrán Valencia Martínez – Profesional Administrativo PAI – TB - Lepra	Subsecretaría de Salud Pública
Revisó	Teresita Mastrodomenico Medina – Referente PAI – TB - Lepra	Subsecretaría de Salud Pública
Aprobó	Nadina Casseres – Profesional Administrativo	Subsecretaría de Salud Pública



SECRETARÍA GENERAL

INFORME DE SUPERVISION DE CONTRATOS PARA PRESTACION DE SERVICIOS – BIENES Y SUMINISTROS

VERSIÓN

001

FECHA DE
APROBACIÓN

2024-01-31



CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ESPERANZA MARIA MELENDEZ RAMIREZ
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	CC-3384702
SECTORIAL	0
FECHA PAGO	2025-06-04
IDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-3286726
NOMBRE EMPLEADO	ESPERANZA MARIA MELENDEZ RAMIREZ
EPS	EPS SURIA
AFP	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES
CAJA COMPENSACION	Si COF
AIRL	AIRL SURIA - SEGUROS DE VIDA SURIAMERICANA S.A
NUMERO PLANILLA	33671997
REFERENCIA PROOFITH	
TIPO PLANILLA	1
PERIODO PENSION	2025-06
PERIODO SALUD	2025-06
TIPO COTIZANTE	Independiente adscrito al sistema de riesgos laborales
SUBTIPO COTIZANTE	Si Subtipo
ACTIVIDAD ECONOMICA	0
MONEDAD INGRESO MEDIAL	
MONEDAD INGRESO FINAL	

IND	Forma PAGO	NET	Forma RET	TDE	TAE	TEP	TAP	VSP	Forma VSP	VTE	VST	SLA	Forma de pago	Forma de pago	ICE	Forma de pago	Forma de pago	LMA	Forma de pago	Forma de pago	VAC	Forma de pago	Forma de pago	AVP	VCT	Forma de pago	Forma de pago	SEL	Forma de pago	Forma de pago

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	14.000.000	0.1800000	\$ 2.240.000	\$ 0	\$ 0	\$ 2.240.000	\$ 70.000	\$ 70.000	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G.		Licencias de Maternidad o	
					Numero Autorización	Valor	Numero Autorización	Valor
30	14.000.000	0.1250000	\$ 1.750.000	\$ 0	0	\$ 0	0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de destino de trabajo
30	14.000.000	0.0052200	\$ 73.100	8621

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatoria
0	0	0.0000000	\$ 0	0	0.0000000	\$ 0	0.0000000	\$ 0	0.0000000	\$ 0	0.0000000	\$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pensión	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
\$ 2.240.000	\$ 1.750.000	\$ 73.100	\$ 0	\$ 4.063.100

CERTIFICACIÓN

Se certifica que en la fecha 2025-11-05 la empresa ESPERANZA MARIA MELENDEZ RAMIREZ con documento de identificación CC 32667282 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al cotizante MELENDEZ RAMIREZ ESPERANZA MARIA identificado con CC-32667282, dirigido a las siguientes entidades administradoras:

Datos Aportante				
Identificación		Razón Social		
CC-32667282		ESPERANZA MARIA MELENDEZ RAMIREZ		
Datos Planilla				
Número Planilla	Tipo Planilla	Fecha de Pago	Tarifa Riesgos Laborales	
35211369	I	2025-11-05	0,00522	
Datos Administradoras				
Tipo	NIT	Código	Nombre	Días
EPS	800088702	EPS010	EPS SURA	30
ARL	890903790	14-11	ARL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.	30



CERTIFICACIÓN

Yo, **TERESITA MASTRODOMENICO MEDINA**, identificada con cedula de ciudadanía N° 22.637.194 de Sabanalarga, bajo el cargo de líder de programa de PAI – Tuberculosis y Lepra de la subsecretaría de salud pública del departamento del Atlántico, certifico: que la contratista, **ESPERANZA MARIA MELENDEZ RAMIREZ**, identificada con cedula de ciudadanía N° CC 32667282 ; cumplió con las actividades suscritas en el contrato N°202503007 ; de fecha 20 de octubre de 2025, Así mismo, el cumplimiento en la entrega de todos los soportes del periodo del 20 de octubre de 2025 al 31 de octubre del 2025.

A continuación, se relacionan las actividades realizadas por el contratista durante el plazo de ejecución del contrato.

Detalle de las Actividades Realizadas-	
Obligación	Producto
1 realizar seguimiento al 100% de los pacientes que ingresan al programa para garantizar el manejo adecuado e integral y evaluar el grado de discapacidad para la asignación de subsidios de acuerdo a las condiciones establecidas por ley.	Se realizaron las respectivas consultas de primera vez y control, teniendo en cuenta que aun en consulta se está presentando un numero bajo de pacientes, seguimos comprometidos en un seguimiento al 100% con cada uno de los pacientes y evaluar sus posibles discapacidades con respecto a la enfermedad.
2 hacer seguimiento a los casos de Lepra que presenten estados reaccionales para que se garantice su manejo adecuado. Educar a paciente convivientes con la enfermedad de Hansen, y realizarles respectivo seguimiento	Se hace seguimiento al 100% de pacientes atendidos y además se realiza evaluación de discapacidad a los pacientes diagnosticados con la enfermedad, y con subsidio nacional de lepra. No se realizo en este mes proceso de validación de discapacidad.
3 educar a los profesionales de la salud en la Guía de Manejo de Pacientes con LEPRO y en Prevención de Discapacidad.	Está pendiente la programación de una charla educativa a profesionales de la salud. QUEDO ATENTA A QUE SE INDIQUE LA FECHA PARA ESTA ACTIVIDAD.
4 apoyar las actividades administrativas del programa de Hansen y demás que se le asignen dentro de marco de sus competencias.	Se lleva a cabo asesoría para poder reportar informe trimestral al MINISTERIO DE SALUD, en el programa de LEPRO, con respecto al manejo de leproreaccion
5 realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor, con relación a su objeto contractual.	No se asignaron actividades durante el periodo indicado.



SC-CEN627381

SA-3000744

ST-3000743



Gobernación del Atlántico
atlantico.gov.co

Calle 40 Carreras 45 - 46 Barranquilla, Atlántico
NIT: 890.102.006-1 • Código Postal: 080003 • Código DANE: 08-000
Tel. (605) 330 7103 Línea Gratuita 01 8000 915 307
atencionalciudadano@atlantico.gov.co

Página 1 de 2



La presente certificación se expide a petición del supervisor del contrato con la finalidad que la contratista pueda gestionar la cuenta de cobro del contrato en mención.

En constancia de lo anterior firmo el presente documento a los cinco (5) días del mes de Diciembre de 2025.


TERESITA MASTRODOMENICO MEDINCA
Líder de Programa de PAI
Subsecretaría de Salud Pública
Secretaría de Salud del Atlántico

INFORME DE ACTIVIDADES

A continuación, me permito relacionar las actividades ejecutadas en el desarrollo de mi objeto contractual en la subsecretaría de salud pública departamental durante el periodo del 20 de octubre al 31 del mes de octubre del año 2025.

No.	NUMERO DEL CONTRATO Y OBJETO CONTRACTUAL	202503007 “PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN LA PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES EMERGENTE, REMERGENTES Y DESATENDIDAS LEPRO, MEDIANTE LAS ACCIONES QUE LLEVA A CABO LA SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA EN LOS 22 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO.” Y en todas aquellas actividades propias de la Secretaría de Salud Departamental, en especial, aquellas necesarias para el desarrollo de planes y programas tendientes a efectivizar el ejercicio de las competencias en esta materia.
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES		
1	Prestación de Servicios Medico especializados a pacientes que asisten al consultorio ubicado en la Cra 49C No 80 55. Algunos pacientes llegan con el fin de hacer un control o seguimiento a la enfermedad diagnosticada, y otros llegan por primera vez, para el inicio de su tratamiento según sintomatología presentada. Además, también se presentan pacientes convivientes, para recibir educación acerca de los cuidados preventivos.	
2	Evaluación de discapacidad, a pacientes diagnosticado, y que tienen subsidio nacional de lepra	
3	Servicio Médico Especializado, prestado al paciente NANCY SILVA FUENTES, identificada con CC 26377405. OBJETIVO. Recibir y hacer una revisión minuciosa a lesiones presentadas en la paciente, para establecer un diagnóstico correcto y verificar con el resultado de la biopsia que se le realizo. LOGRO. Valorar sus síntomas, teniendo en cuenta que está presentando una reacción tipo I, según lesiones presentadas. COMPROMISO. Teniendo en cuenta su diagnóstico y su reacción tipo I, establecer un tratamiento adecuado y seguimiento de lesiones al 100%.	
4	Servicio Médico Especializado, prestado al paciente LUDEK GUILLERMO VELEZ FULLEDA, identificado con CC 5444119 OBJETIVO. Teniendo en cuenta la evolución de su enfermedad de 4años, establecer una conexión correcta entre su enfermedad y el tratamiento indicado. LOGRO. Establecer un buen diagnóstico, teniendo en cuenta sus lesiones ulceradas en piernas y varios eritemas presentados. COMPROMISO. Realizar biopsia para corroborar diagnóstico, y establecer un buen tratamiento.	

5	Servicio Médico Especializado, prestado al paciente DAVID JULIO PRIETO PALMAR, identificado con PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL 4948068 OBJETIVO. Recibir paciente en cita de control, para hacer seguimiento en la evolución de su enfermedad. LOGRO. Seguir evaluando su discapacidad, y determinar un seguimiento al 100% de mejoría presentada COMPROMISO. Determinar discapacidad y lograr bajar dosis de medicamento

ANEXOS:

1. NANCY SILVA FUENTES



ESPERANZA MARIA MELENDEZ RAMIREZ
Cedula de Ciudadanía - 32667282
Código prestador: 080010098201

Dirección
CRA 49C No 80-55 CONS 205

Teléfono:
3222097348 - 3186861119

Datos del Paciente

Identificación: Cedula de Ciudadanía-26377405
Nombre: Nancy Silva Fuentes
Edad: 68 años
Fecha de Nacimiento: 16/12/1956 09:0 AM
Teléfono:
Ocupación: AMA DE CASA

Dirección: sabana grande
Estado Civil: Solter(a)
Etnia: No disponible
Escolaridad: No disponible
Género: Femenino
Nivel: 1

Tipo Paciente: Cotizante
Convenio: DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO
Regimen Particular
Tipo Cita: Atención de Pacientes
Fecha Atención: 22/10/2025 05:15 PM

EVOLUCION
N° Folio: 157573
Fuente: Consulta Externa
Fecha: 22/10/2025 05:15 PM

EVOLUCION
Descripción Evolución: CUADRO DE DOS AÑOS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR LEONES TIPOS MACULAS Y PLACAS HIPOPIGMENTADAS PERO TIENE PLACAS ERITEMATOVIOLEAS LAS CUALES HAN CAMBIADO CNO EL TRATAMIENTO Y SE HAN VUELTO MAS EDEMATOSAS POR LO QUE ETARIAMOS ANTE UNA REACCION TIPO I

TOMAMOS BIOPSIA
LA PACIENTE TIENE UNA BIOPSIA DE LEPROA TUBERCLOIDE EN ST MTA PERO ESO NO SE RELACIONA CON LA CLINICA
IDY. LEPROA DIMORFICA LEPROMATOSA EN REACCION
SE HACE BIOPSIA Y LE INICIAMOS ESTEROIDES
ESPERANZA MELENDEZ

DIAGNÓSTICO

Finalidad de Atención: OTRA
Causa Externa: Enfermedad general
Tipo DX Ppal: Impresión Diagnóstica
DX Ppal: A.803 Lepra limitrofe

Firma

Esperanza Maria Melendez Ramirez

RM: 3305

Dermatología

MELENDEZ RAMIREZ ESPERANZA MARIA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

FE1612

Emisión: 2025-11-27 17:33:00
Expedición: 2025-11-27 17:33:00
Vencimiento: 2025-11-27 00:00:00

MELENDEZ RAMIREZ ESPERANZA MARIA
C No 60 - 55, 000000, Barranquilla, Atlántico, Colombia

Correo electrónico: melez@yahoo.com

Contribuyente: Persona Natural - Responsabilidad Tributaria: IVA - Régimen Fiscal: R-99-PN - Actividades

Autorización No. 18764101252791 Prefijo FE del 1610 al 2000 Período 2025-11-07 al 2026-05-07

DATOS DEL CLIENTE

NIT: 890102006-1
Razón Social: DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO
Nombre Comercial: DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO
Dirección: Calle 40 No 45-46, 000000, Barranquilla, Atlántico, Colombia

Teléfono: 3307000

Email: egomez@atlantico.gov.co

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica - Responsabilidad Tributaria: No aplica - Régimen Fiscal: R-99-PN

CONDICIONES

Tipo de Operación: SS-SinAporte
F.V. Referencia:
F.V. Fecha:
Formas de Pago: Contado
Medios de Pago: Otro
Fechas de Vencimiento: 2025-11-27
Orden de Pedido:
Orden de Pedido Fecha:

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	DESC.	CARG.	IMPTOS.	SUBTOTAL
1	001	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN LA PROMOCION, PREVENCION DX Y TRAT	94	1,00	\$5.600.000,00	\$0,00	\$0,00		\$5.600.000,00



CUFE: fd7c5e6a35fc7e346d0326a932d29732d175774483798ffd728577a5a76ee9366cc9e6bd7633cc2fe6f69b8ef18057e6

Total en letras: CINCO MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS COP/PESO COLOMBIANO

Total items:	1
Divisa:	Peso colombiano (COP)
Tasa de Cambio:	\$0,000000000000
Subtotal:	\$5.600.000,00
Descuento	\$0,00
Detalle:	\$0,00
Recargo Detalle:	\$0,00
Total Bruto	\$5.600.000,00
Factura:	\$0,00
Total Impuestos:	\$5.600.000,00
Total Neto:	\$0,00
Descuento Global:	\$0,00
Recargo Global:	\$0,00

Valores Informativos:	
Anticipos:	\$0,00
Total:	\$5.600.000,00

NOTAS:
Observación:
Período facturado: 2025-10-20 - 2025-10-31
Convenio: DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO
Identificación: 890102006
Nombre cliente: DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO
Régimen: Ordinario