DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900 .959.048-4

DEBE A: ANGIE KATHERIN SANCHEZ FLOREZ

CC 1233496383 DE BOGOTA

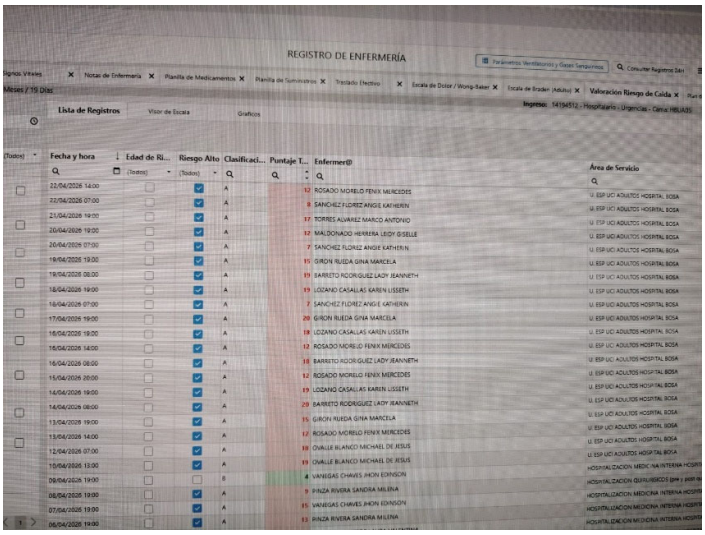
La suma de 2.572.380 por concepto de AUXILIAR DE UCI ADULTOS BOSA ADICION durante el periodo 1 al 30 DE ABRIL 2026, por conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios 853-2026

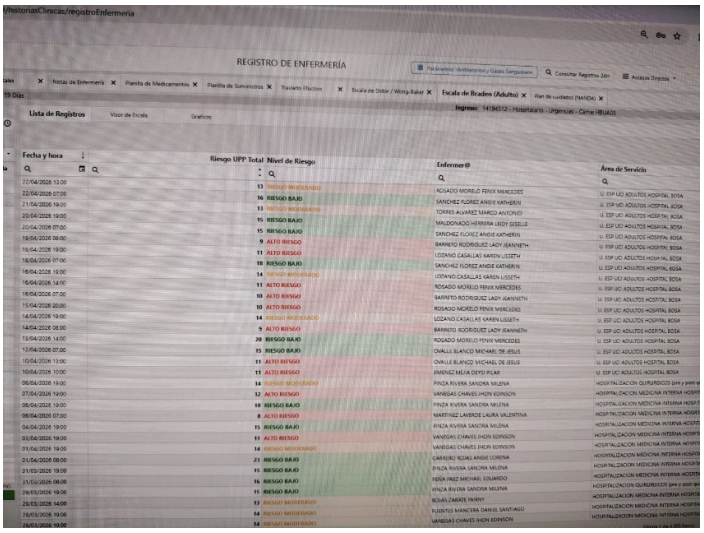
Angie Sanchez F.

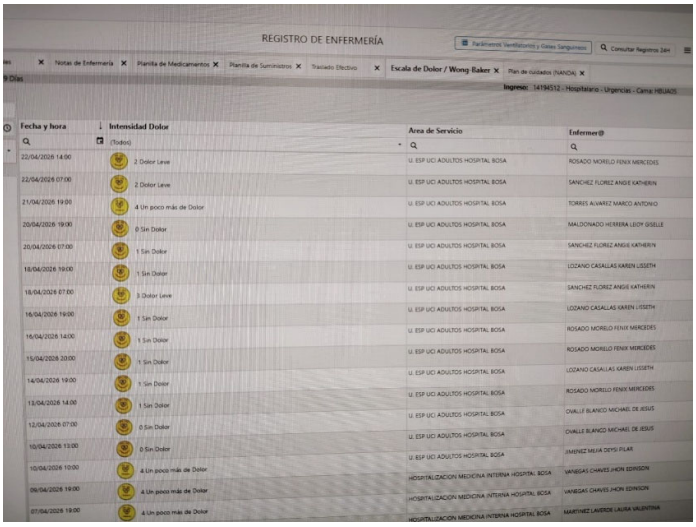
ANGIE KATHERIN SANCHEZ FLOREZ
C.C 1.233.496.383 DE BOGOTA D.C

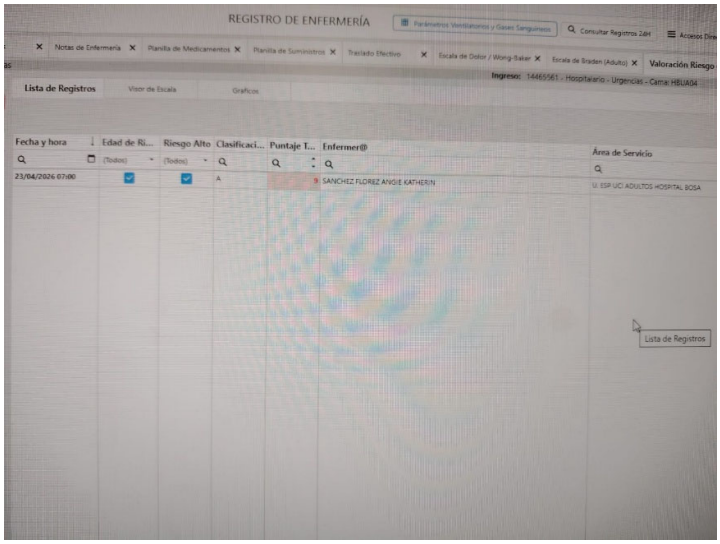
CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

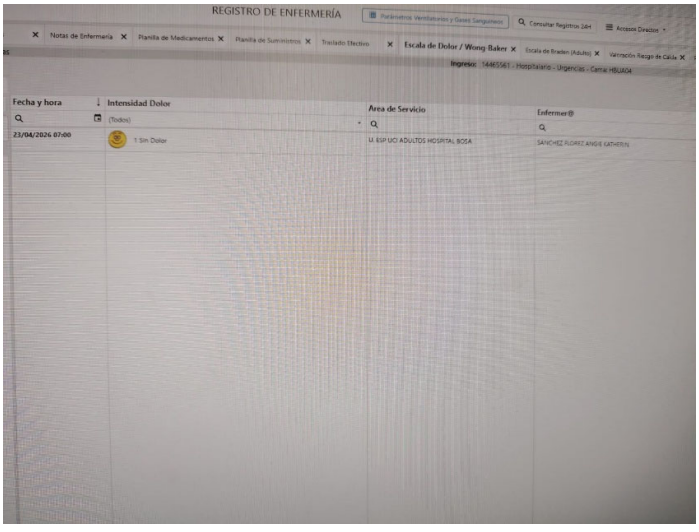
NUMERO: 215-798963-69

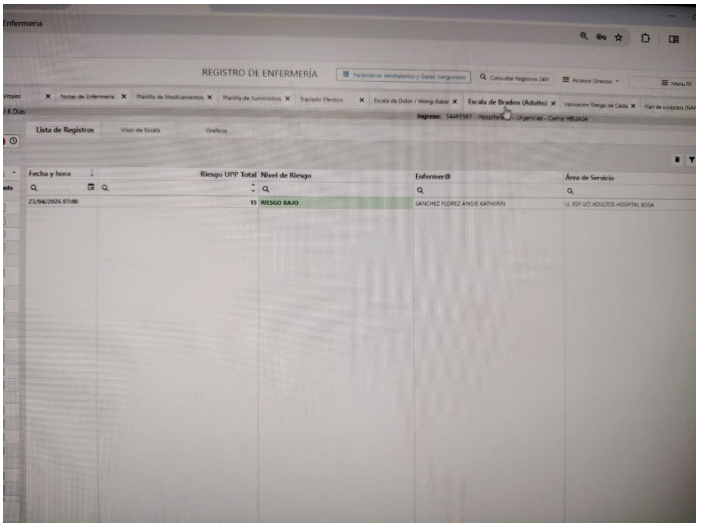

REGISTRO DE ENFERMERÍA
Lista de Registros
Visor de Escala
Gráficos
Fecha y hora
Edad de Ri...
Riesgo Alto
Clasificaci...
Puntaje T...
Enfermer@
Área de Servicio


REGISTRO DE ENFERMERÍA
Lista de Registros
Visor de Escala
Gráficos
Fecha y hora
Riesgo UPP Total
Nivel de Riesgo
Enfermer@
Área de Servicio


REGISTRO DE ENFERMERÍA
Fecha y hora
Intensidad Dolor
Area de Servicio
Enfermer@


REGISTRO DE ENFERMERÍA
Lista de Registros
Visor de Escala
Gráficos
Fecha y hora
Edad de Ri...
Riesgo Alto
Clasificaci...
Puntaje T...
Enfermer@
Área de Servicio


REGISTRO DE ENFERMERÍA
Fecha y hora
Intensidad Dolor
Area de Servicio
Enfermer@


Enfermeria
REGISTRO DE ENFERMERÍA
Lista de Registros
Visor de Escala
Gráficos
Fecha y hora
Riesgo UPP Total
Nivel de Riesgo
Enfermer@
Área de Servicio

CENSO SECRETARIA DE SALUD

GRACIAS POR TU COMPROMISO

Google no creó ni aprobó este contenido. - Comunicarse con el propietario del formulario - Condiciones del Servicio - Política de Privacidad

¿El formulario parece sospechoso? Informe

Google Formularios



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

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		
☐	DOCUMENTOS MES ENERO 2026.pdf	DOCUMENTOS MES ENERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	DOCUMENTOS EQUIVALENTE FEBRERO 2026.pdf	DOCUMENTOS EQUIVALENTE FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	NTOS MES AMRZO	DOCUMENTOS MES AMRZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Datos guardados

Borrar Cargar nuevo

< Evaluación de la Entidad Estatal >

La respuesta se ha enviado.

Algo importante que puede hacer a continuación

Guardar mi respuesta

Enviar otra respuesta

Microsoft Forms

¡Prepárese para su propia invitación al evento!

Comenzar ahora →



Microsoft 365

Microsoft Forms | Encuestas, cuestionarios y sondeos con tecnología de inteligencia artificial Crear mi propio formulario

El propietario de este formulario no ha proporcionado una declaración de privacidad sobre cómo utilizarán los datos de tus respuestas. No proporciones información personal o confidencial. | Privacidad de la salud del consumidor | Términos de uso

de-tratamien...."

Cuando envíe este formulario, no recopilará automáticamente sus detalles, como el nombre y la dirección de correo electrónico, a menos que lo proporcione usted mismo.

* Obligatorio

1. Acepta el tratamiento de Datos Personales *

- (●) Acepto

2. Consultora Angels que invita *

Andrea Torres Narvaez

3. Nombres *

ANGIE KATHERIN

4. Apellidos *

SANCHEZ FLOREZ

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

PRE TEST Y POST TEST IAAS - HIGIENE DE MANOS

SELECCIONAR

PRE TEST

NOMBRE DEL COLABORADOR

ANGIE KATHERIN SANCHEZ FLOREZ

NÚMERO DE CÉDULA

1233496383

SEDE DONDE DESARROLLA SUS ACTIVIDADES

Hospital de Bosa

SERVICIO

UCI adultos