

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	2026-06-01	Hasta:	2026-06-30
Nombre del Contratista:	ANGIE PAOLA MONTOYA BELTRAN		Número de Documento:	1018474569
Correo Electrónico:	ANG07MON@GMAIL.COM		Número Telefónico:	3205613262
Nombre del Supervisor:	NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO	Cargo:	ENFERMERO	Código Grado: - 243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1669-2026	Año Contrato:	2026	CDP Contrato Inicial:	3
Perfil:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO IV				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD - PIC				
Unidad de Servicios:	USS USME				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
K32PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	29800	\$5483200	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 5483200	CINCO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO
--

Fecha de Inicio del Contrato	2026-01-17			Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2026-03-31
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2026-03-02	2026-04-30	1	\$ 8563360	448
2	2026-04-15	2026-05-31	2	\$ 7390400	803
3	2026-05-15	2026-06-30	3	\$ 5483200	1045
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar	
1	ENERO			\$ 2741600	
2	FEBRERO			\$ 5483200	

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2026

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
3		MARZO		\$ 6436800	
4		ABRIL		\$ 6436800	
5		MAYO		\$ 5483200	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 10627840		\$ 32064800		\$ 26581600	\$ 5483200
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN		PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	"1. Realizar Investigación epidemiológica de campo (IEC), brotes y/o socio epidemiológica eventos de interés en salud pública, garantizando la oportunidad y calidad del producto.	-Esta Actividad no se desarrolla en el periodo de tiempo reportado		-Esta Actividad no se desarrolla en el periodo de tiempo reportado	
2	2. Realizar depuración, consolidación, ajuste y retroalimentación de la información contenida en las bases de datos con el fin de ValiDar la calidad de la información notificada y consolidada en vigilancia en salud pública	--Revisión documentos (WORD - EXCEL) CALIDAD OID		-carpeta JUNIO: 7. CALIDAD OID_CEMID	
3	3. Participar en acciones de socialización, articulación, sensibilización y capacitación tendientes a mejorar la oportunidad y calidad del dato de notificación.	-Articulación de BAI con los referentes de Salud Mental		-Carpeta JUNIO: 6. ACTAS	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
4	4. Analizar la información y tomar decisiones para el cumplimiento de las acciones con calidad y oportunidad contribuyendo a la consolidación y análisis de los indicadores.	-Realizar Precrítica a bases de Alertas y foráneos	-Carpeta MAYO: 4. ALERTAS
5	5. Realizar cruces de información y articulación con diferentes fuentes que permitan fortalecer la coherencia de la información producida en vigilancia en salud pública.	-Esta Actividad no se desarrolla en el periodo de tiempo reportado	-Esta Actividad no se desarrolla en el periodo de tiempo reportado
6	6. Realizar canalización a los usuarios a los que se les identifique algún riesgo vital, según competencia.	-Esta Actividad no se desarrolla en el periodo de tiempo reportado	-Esta Actividad no se desarrolla en el periodo de tiempo reportado
7	7. Realizar acompañamientos técnicos y/o fortalecimientos a las Unidades Primarias Generadoras de datos de la Subred y Unidades Informadoras que conforman la red de operadores de Vigilancia en Salud Pública y/o entrenamientos a vigías/gestores comunitarios en salud para la conformación de la Red Epidemiológica de Vigilancia Comunitaria ReVcom.	-Esta Actividad no se desarrolla en el periodo de tiempo reportado	-Esta Actividad no se desarrolla en el periodo de tiempo reportado

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
8	8. Convocar, organizar, reportar y Realizar todas y cada una de las actividades de alistamiento para el desarrollo de las Unidades de Análisis de los eventos de interés en salud pública que se presenten y que sea requeridos por La Secretaría Distrital de Salud.	-Esta Actividad no se desarrolla en el periodo de tiempo reportado	-Esta Actividad no se desarrolla en el periodo de tiempo reportado
9	9. Planeación ejecución y análisis del comité local de vigilancia COVE y COVECOM según necesidad y cronogramas dispuestos en los documentos operativos.	-Esta Actividad no se desarrolla en el periodo de tiempo reportado	-Esta Actividad no se desarrolla en el periodo de tiempo reportado
10	10. Realizar la Búsqueda Activa Institucional de los eventos de interés en salud pública suguiendo las directrices dadas por secretaria para cada subsistema	-Esta Actividad no se desarrolla en el periodo de tiempo reportado	-Esta Actividad no se desarrolla en el periodo de tiempo reportado
11	11. Ejecutar la disponibilidad para la atención de eventos transmisibles, urgencias, emergencias y desastres en salud pública con los niveles de coordinación y servicios de respuesta y/o protocolos que indique los documentos operativos del proceso integral e integrado de la vigilancia de la salud pública.	-No aplica	-No aplica

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
12	12. Generar la información epidemiológica necesaria para la elaboración y la actualización del diagnóstico distrital y local, según instrucciones establecidas por los entes rectoriales. Evaluar los indicadores de calidad, cobertura y oportunidad, de los certificados de nacido vivo y defunción y Realizar articulación con los subsistemas de Vigilancia en Salud Pública, identificando en las bases de datos del aplicativo RUAF ND V2 los eventos de interés en Salud Pública.	-Esta Actividad no se desarrolla en el periodo de tiempo reportado	-Esta Actividad no se desarrolla en el periodo de tiempo reportado
13	13. Generar los informes correspondientes teniendo en cuenta la distribución geográfica, por grupos poblacionales y grupos diferenciales con enfoque de equidad y en el tiempo, de los eventos de salud y enfermedad de la población, describiendo y analizando el contexto en el que estos se producen de forma oportuna, acertada y responsable con base en los sistemas de información disponible, de forma oportuna y de calidad.	-Se proyecta elaboración de Informe de junta directiva para la última semana del mes.	-carpeta JUNIO: 3. INFORME JUNTA DIRECTIVA

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
14	14 . Asegurar la entrega y administración oportuna de medicamentos con las indicaciones pertinentes para cada usuario, en estricto cumplimiento de los protocolos establecidos. Se debe actualizar de forma inmediata el kardex y entregar los consentimientos. Generar la devolución diaria de todos los medicamentos e insumos no utilizados.	-No aplica	-No aplica
15	15. Hacer uso óptimo y racional de todos los insumos que se encuentran relacionados en el anexo 8 en el actual Convenio interadministrativo pactado entre la subred sur y la secretaría distrital de salud	-Se realiza el uso optimo del anexo 8 del actual lineamiento pactado entre la subred sur y la secretaria distrital de salud.	-Equipo computo en buen estado
16	16. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Se participa en reuniones convocadas frente al consumo de SPA en modalidad virtual. - Se proyecta fortalecimiento SDS - 22/06/2026 Se asiste a ULC mes de JUNIO - 12/06/2026 -Se realiza preauditoria de los casos realizados por el profesional Universitario I. -Envió de MATRIZ DERIVACIONES ACOGIDAS -Se proyecta Reunión de canalizaciones SIRC 23/06/2026 y/o 24/06/2026 -Se proyecta envío de bases: ENTORNO EDUCATIVO - BAJA CALIDAD DE DATO 30/06/2026	- https://subredsurgovco-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/saludmentalvsp_subredsur_gov_co/IgAjbdmYJYJfQJLCF0kpEHKxAX

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL									
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	\$ 5483200	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	6019420213	-			
2026	MAYO	2026	06	11					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CINCO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado					NO	PORVENIR	\$ 2193280	\$ 350925	\$ 351000
Salud						FAMISANAR		\$ 274160	\$ 274200
ARL					3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		\$ 53428	\$ 53500
Caja de Compensación					NO		Total	\$ 636534	\$ 678700
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BBVA COLOMBIA		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	887007433		
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					ANGIE PAOLA MONTOYA BELTRAN		2026-06-19 09:07:55		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO		2026-06-22 11:31:47		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2026-06-26 16:35:15		

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)

NOTA: La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO
ENFERMERO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1018474569
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	ANGIE PAOLA MONTOYA BELTRAN	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	TV 65 59 21 SUR TELÉFONO:	4759410
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	6019420213	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: mayo	PERIODO COTIZACIÓN MES: mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/06/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 380862664

NOVEDADES																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	
							X										

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 351.000
SUBTOTAL:			1	\$ 351.000
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8300035647	EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	\$ 274.200
SUBTOTAL:			1	\$ 274.200
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	\$ 43.900
SUBTOTAL:			1	\$ 43.900
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	\$ 53.500
SUBTOTAL:			1	\$ 53.500

VALOR SIN MORA:	\$ 722.600
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 722.600



Angie Montoya <ps.angiemontoya@gmail.com>

SOLICITUD DE CERTIFICACION DE AFILIACION COMO INDEPENDIENTE O EMPLEADOR

2 mensajes

Angie Montoya <ps.angiemontoya@gmail.com>
Para: servicioalcliente@famisanar.com.co

18 de junio de 2026 a las 9:44

Cordial saludo

Realizó envío del presente correo con el propósito de solicitar su colaboración en la emisión de la certificación de afiliación como independiente o empleador según corresponda. Dado que la certificación emitida por la página de famisanar no es válida en mi lugar de trabajo.

Muchas gracias, quedo atenta

Nombre: Angie Paola Montoya Beltrán
Cedula: 1018474569

--
Psic. Angie Paola Montoya Beltrán
Especialista en Psicología Clínica

Servicio al Cliente <servicioalcliente@famisanar.com.co>
Responder a: Servicio al Cliente <servicioalcliente@famisanar.com.co>
Para: "ps.angiemontoya@gmail.com" <ps.angiemontoya@gmail.com>

18 de junio de 2026 a las 9:49

Buen día Señor (a)

Reciba un cordial saludo de EPS Famisanar:

Para EPS Famisanar sus comentarios e inquietudes son importantes y contribuyen al desarrollo del mejoramiento continuo. Por esta razón, y con relación a su comunicación, me permito informar que, que puede descargar su certificado por:

- Famisanar en línea: <https://enlinea.famisanar.com.co/Portal/home.jspx>
- WhatsApp Camila: 3006438831 opción servicio al afiliado – certificaciones

Si Famisanar en línea no funciona, por favor enviar pantallazos al correo: famisanarenlinea@famisanar.com.co

Agradecemos haberse contactado con EPS Famisanar a través de canal, recuerde visitar nuestra página <https://www.famisanar.com.co>, adicional ahora puede radicar solicitudes si es afiliado, familiar, IPS o proveedor de forma fácil y práctica sin importar donde este a través de la Ventanilla correspondencia | Famisanar ingresando desde los accesos rápidos del sitio.

Línea Amable PBS: (601) 3078069 / 01-8000-116662 Línea Amable PAC: (601) 3078085 / 01-8000-127363

Le recordamos que la EPS no está en proceso de liquidación, por esta razón no es necesario que se cambie a otra EPS.

Correo servicio al cliente

Dirección Experiencia al afiliado

Correo: servicioalcliente@famisanar.com.co

Línea Amable PBS: (601) 3078069 / 01-8000-116662

Línea Amable PAC: (601) 3078085 / 01-8000-127363

De: ps.angiemontoya@gmail.com [ps.angiemontoya@gmail.com]

Fecha: 18/06/2026 09:44

Para: servicioalcliente@famisanar.com.co

Asunto: SOLICITUD DE CERTIFICACION DE AFILIACION COMO INDEPENDIENTE O EMPLEADOR

Confidencial

[El texto citado está oculto]

Aviso de confidencialidad:

Este correo y sus anexos pueden contener información confidencial, reservada o de uso exclusivo, protegida por la Ley 1581 de 2012 y demás normas que la modifiquen, reglamenten o sustituyan sobre protección de datos personales. Si usted no es el destinatario autorizado, absténgase de usar, copiar, almacenar o divulgar esta información y elimínela de inmediato.

El titular de los datos puede ejercer sus derechos de acceso, corrección, supresión y demás contemplados en la ley, conforme a nuestra Política de Protección de Datos Personales disponible en: <https://www.famisanar.com.co/proteccion-de-datos-personales-habeas-data>

Aviso de confidencialidad:

Este correo y sus anexos pueden contener información confidencial, reservada o de uso exclusivo, protegida por la Ley 1581 de 2012 y demás normas que la modifiquen, reglamenten o sustituyan sobre protección de datos personales. Si usted no es el destinatario autorizado, absténgase de usar, copiar, almacenar o divulgar esta información y elimínela de inmediato.

El titular de los datos puede ejercer sus derechos de acceso, corrección, supresión y demás contemplados en la ley, conforme a nuestra Política de Protección de Datos Personales disponible en: <https://www.famisanar.com.co/proteccion-de-datos-personales-habeas-data>



Angie Montoya <ps.angiemontoya@gmail.com>

Fwd: Certificado de afiliación 1018474569

1 mensaje

Angie Montoya <ps.apmontoya@gmail.com>
Para: ps.angiemontoya@gmail.com

18 de junio de 2026 a las 10:23

Psic. Angie Paola Montoya Beltrán
Especialista en Psicología Clínica

----- Mensaje reenviado -----

De: <solicitudesryf@famisanar.com.co>

Fecha: El jue, 18 jun. 2026 a la(s) 9:58 a.m.

Asunto: Certificado de afiliación 1018474569

Para: <ps.apmontoya@gmail.com>

Confidencial

Hola ANGIE PAOLA, Espero que te encuentres bien.

Te informamos que adjunto a este correo encontrarás el CertificadoPagos solicitado. Para poder abrir el archivo por favor utiliza como contraseña el número de identificación, sin puntos ni guiones.

Quedamos a tu disposición en todos nuestros canales de atención para cualquier consulta adicional.

Saludos cordiales,

Camila

Famisanar EPS

Aviso de confidencialidad:

Este correo y sus anexos pueden contener información confidencial, reservada o de uso exclusivo, protegida por la Ley 1581 de 2012 y demás normas que la modifiquen, reglamenten o sustituyan sobre protección de datos personales. Si usted no es el destinatario autorizado, absténgase de usar, copiar, almacenar o divulgar esta información y elimínela de inmediato.

El titular de los datos puede ejercer sus derechos de acceso, corrección, supresión y demás contemplados en la ley, conforme a nuestra Política de Protección de Datos Personales disponible en: <https://www.famisanar.com.co/proteccion-de-datos-personales-habeas-data>

**Certificado_afiliacion_1018474569.pdf**

78K



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ANGIE PAOLA MONTOYA BELTRAN identificado(a) con CC. 1018474569 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	2019/11/01
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CALLE 26
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 18 días del mes de 06 del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ANGIE PAOLA MONTOYA BELTRAN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.018.474.569**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 de Junio del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Medellin, 10 de junio de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **ANGIE PAOLA MONTOYA BELTRAN** con documento de identidad **C1018474569**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE** con NIT **N900958564**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2018-11-01	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	GESTION DEL RIESGO EN SALUD	0000000005	3	2.436	EN COBERTURA

- Medellín 604 4444578
- Bogotá 601 4055911
- Cali 602 3808938
- Pereira 606 3138400

- Manizales 606 8811280
- Bucaramanga 607 6917938
- Cartagena 605 6424938
- Barranquilla 605 3197938

- Líneas de atención 01 8000 511 414 6 01 8000 941 414
- Línea de conciliación ARL 3103157562
- sura.co/arl



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

1 Información general

Cancelar

<

Evalua

2 Condiciones

VER CONTRATO

3 Bienes y servicios

Ejecución del Contrato

4 Documentos del Proveedor

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

5 Documentos del contrato

Plan de Pagos

6 Información presupuestal

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

7 **Ejecución del Contrato**

8 Modificaciones del Contrato

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

9 Incumplimientos

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 1669 2026.pdf	PS 1669 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO 1669-2026.pdf	CUENTA MARZO 1669-2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL 1669-2026.pdf	CUENTA ABRIL 1669-2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1018474569-CTO-1669-2026.pdf	1018474569-CTO-1669-2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ENERO 1669-2026.pdf	CUENTA ENERO 1669-2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA FEBRERO 1669-2026.pdf	CUENTA FEBRERO 1669-2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	DIPLOMA Y ACTA DE GRADO_1018474569.pdf (Archivado)	DIPLOMA Y ACTA DE GRADO_1018474569.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	HOJA DE VIDA SIDEAP_1018474569.pdf (Archivado)	HOJA DE VIDA SIDEAP_1018474569.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Hoja de vida.zip	Hoja de vida.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO 1669-2026.pdf	CUENTA MAYO 1669-2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>