

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                         |                                                                         |                     |                 |               |                         |                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------|---------------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                           |                         |                                                                         | Versión             |                 | 3             |                         |  |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                   |                           |                         |                                                                         | Fecha de aprobación |                 | 2/15/2018     |                         |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                         |                                                                         | Código:             |                 | 04-02-FO-0002 |                         |                                                                                     |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                         |                                                                         |                     |                 |               |                         |                                                                                     |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                         | MARIA OTILIA SALINAS SANCHEZ                                            |                     |                 |               |                         |                                                                                     |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           |                         | C.C                                                                     | X                   | C.E             | No.           |                         | 31835844                                                                            |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                           |                         | motysal21@gmail.com                                                     |                     |                 | CELULAR:      |                         | 6014642487                                                                          |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                         | SUBRED                                                                  |                     |                 |               |                         |                                                                                     |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                         | U C S SCJ-2201-2025 SEGURIDAD, CONVIVENCIA Y JUSTICIA USS PABLO VI BOSA |                     |                 | SEDE:         |                         | SUBRED                                                                              |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                         |                         |                                                                         |                     |                 |               |                         |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | PA16V07-10        | 100                       |                         |                                                                         |                     |                 |               |                         |                                                                                     |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO DAVIVIENDA S.A      |                         |                                                                         |                     | TIPO DE CUENTA: |               | AHORRO                  |                                                                                     |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   | 570007590299934           |                         |                                                                         |                     |                 | PENSIONADO    |                         | SI                                                                                  |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                           |                         |                                                                         |                     |                 |               |                         |                                                                                     |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 3559                      |                         |                                                                         |                     | VIGENCIA        |               | 2026                    |                                                                                     |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1100              | FECHA                     | 2026-05-12 10:18:08.000 | NÚMERO DE CRP                                                           |                     | 21604           | FECHA         | 2026-05-28 00:00:00.000 |                                                                                     |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | PROFESIONAL EN ENFERMERIA |                         |                                                                         |                     |                 |               |                         |                                                                                     |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                           | DESDE                   | FECHA INICIAL                                                           |                     | HASTA           | FECHA FINAL   |                         |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                         | 2026-06-01                                                              |                     |                 | 2026-06-30    |                         |                                                                                     |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                         | \$4,195,200                                                             |                     |                 |               |                         |                                                                                     |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |                   | Asistencial               |                         | RESERVA DE GLOSA 0%                                                     |                     |                 | N/A           |                         |                                                                                     |
| OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes. |                   |                           |                         |                                                                         |                     |                 |               |                         |                                                                                     |
| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                            |                   |                           |                         |                                                                         |                     |                 |               |                         |                                                                                     |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                           |                         |                                                                         |                     | VALORES         |               |                         |                                                                                     |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                         |                                                                         |                     | \$16,920,640    |               |                         |                                                                                     |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                         |                                                                         |                     | \$5,276,136     |               |                         |                                                                                     |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                           |                         |                                                                         |                     | \$4,195,200     |               |                         |                                                                                     |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                         |                                                                         |                     | \$0             |               |                         |                                                                                     |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           |                         |                                                                         |                     | \$11,644,504    |               |                         |                                                                                     |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                         |                                                                         |                     | 31%             |               |                         |                                                                                     |
| El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                         |                                                                         |                     |                 |               |                         |                                                                                     |
| Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.                  |                   |                           |                         |                                                                         |                     |                 |               |                         |                                                                                     |
| Número de Planilla                                                                                                                                                                                                                                           | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC  |                         | APORTE PENSION 16% IBC                                                  |                     | NIVEL ARL       | APORTE ARL    | TOTAL APORTES           |                                                                                     |
| 9505233203                                                                                                                                                                                                                                                   | \$908,526         | \$113,566                 |                         | \$145,364                                                               |                     | 3               | \$22,132      | \$281,062               |                                                                                     |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                               |                   |                           |                         |                                                                         |                     |                 |               |                         |                                                                                     |
| <p style="text-align: center;">MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ<br/>52744682<br/>Supervisor</p>                                                                                                                                                                   |                   |                           |                         |                                                                         |                     |                 |               |                         |                                                                                     |
| <p style="text-align: center;">Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p>                                                                                                      |                   |                           |                         |                                                                         |                     |                 |               |                         |                                                                                     |
| <p style="text-align: center;">Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br/>Copyright © 2021</p>                                                                                                     |                   |                           |                         |                                                                         |                     |                 |               |                         |                                                                                     |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                           | ACTIVIDADES                                                                                                                                          | PRODUCTOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Realizar la valoración inicial de ingreso para identificar lesiones, alteraciones físicas o conductuales y definir la pertinencia de la estancia. | 1. Realizar la valoración inicial de ingreso para identificar lesiones, alteraciones físicas o conductuales y definir la pertinencia de la estancia. | 1. Se realizan las inspecciones iniciales de ingreso para identificar lesiones, alteraciones físicas o conductuales y definir la pertinencia de la estancia o la activación de la ruta para traslado de ciudadanos por condición de salud mediante línea al 123, o por medio de comentario del caso a la referente clínica y administrativa del contrato por parte de la sub red. |
| 2. Efectuar la valoración periódica durante la estancia, aplicando tamizajes como ASSIST y SRQ cuando corresponda                                    | 2. Efectuar la valoración periódica durante la estancia, aplicando tamizajes como ASSIST y SRQ cuando corresponda.                                   | 2. Se realizan valoraciones de ingreso para definir plan de manejo dentro del CTP. Se realizan tamizajes de salud mental y consumo (ASSIST y SRQ cuando corresponda). Se utiliza las herramientas socializadas y estipuladas por la subred. Se realizan seguimientos y monitoreos de valoración periódica durante la estancia. Se aplican tamizajes como.                         |
| 3. Identificar y canalizar oportunamente los riesgos en salud, activando rutas de atención en coordinación con el equipo psicosocial y las RIAS.     | 3. Identificar y canalizar oportunamente los riesgos en salud, activando rutas de atención en coordinación con el equipo psicosocial y las RIAS.     | 3. Se Identificaron y canalizaron según los riesgos en salud de los ciudadanos activando rutas de atención en coordinación con el equipo psicosocial y las RIAS. Soporte herramienta de valoración.                                                                                                                                                                               |
| 4. Participar en juntas de análisis de casos con el equipo interdisciplinario, aportando criterio técnico para la toma de decisiones.                | 4. Participar en juntas de análisis de casos con el equipo interdisciplinario, aportando criterio técnico para la toma de decisiones.                | 4. Se participo en juntas de análisis de casos con el equipo interdisciplinario, aportando criterio técnico para la toma de decisiones.                                                                                                                                                                                                                                           |
| 5. Apoyar en el desarrollo de talleres de socialización y prevención en temas de salud mental, consumo de SPA, violencias y traumas.                 | 5. Apoyar en el desarrollo de talleres de socialización y prevención en temas de salud mental, consumo de SPA, violencias y traumas.                 | 5. Se realizaron talleres de socialización y prevención en temas de salud mental, consumo de SPA, violencias y traumas. Se entrega soporte de la ejecución de taller y educación brindada.                                                                                                                                                                                        |
| 6. Mantener una comunicación asertiva y humanizada con los usuarios, promoviendo la empatía, el respeto y la contención terapéutica.                 | 6. Mantener una comunicación asertiva y humanizada con los usuarios, promoviendo la empatía, el respeto y la contención terapéutica.                 | 6. Se garantizó una comunicación asertiva y humanizada con los usuarios, se promovió la empatía, el respeto y la contención terapéutica. Se presto el servicio bajo habilidades para el trabajo en equipo, comunicación efectiva, orientación al detalle, tolerancia a la presión y sensibilidad social, esenciales para brindar una atención segura y humanizada en el CTP.      |

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ  
52744682  
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..  
Copyright © 2021

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                              |                 |                    |                   |                     |          |                       |
|-------------------------------|----|------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                 | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección         | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 31835844                   |    | SALINAS SANCHEZ MARIA OTILIA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CARRERA 74 # 0-24 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 9216413  | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |           |            |          |            |            |                  |           |           |
|-----------------------------------|---------|-----------|------------|----------|------------|------------|------------------|-----------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave     | Tipo       | Fecha    |            | Pago       |                  |           |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago      | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco            | Dias Mora | Valor     |
| 2026-05                           | 2026-05 | 400130156 | 9505233203 | I        | 2026/06/11 | 2026/06/18 | BANCO DAVIVIENDA | 7         | \$263,100 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                 |                |          |               |      |     |        |        |        |             |             |           |      |     |        |         |       |             |             |              |     |        |     |
|--------------------------------------------------|----------------|----------|---------------|------|-----|--------|--------|--------|-------------|-------------|-----------|------|-----|--------|---------|-------|-------------|-------------|--------------|-----|--------|-----|
| EMPLEADO                                         |                |          | PENSION       |      |     |        | SALUD  |        |             |             | CCF       |      |     |        | RIESGOS |       |             |             | PARAFISCALES |     |        |     |
| No.                                              | Identificación | Nombres  | Codigo        | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias   | IBC         | Aporte      | Codigo    | Dias | IBC | Aporte | Codigo  | Dias  | IBC         | Aporte      | Dias         | IBC | Aporte |     |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)                |                |          |               |      | \$0 | \$0    |        |        | \$1,750,905 | \$218,900   |           |      | \$0 | \$0    |         |       | \$1,750,905 | \$42,700    |              | \$0 | \$0    |     |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)      |                |          |               |      | \$0 | \$0    |        |        | \$1,750,905 | \$218,900   |           |      | \$0 | \$0    |         |       | \$1,750,905 | \$42,700    |              | \$0 | \$0    |     |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) |                |          |               |      | \$0 | \$0    |        |        | \$1,750,905 | \$218,900   |           |      | \$0 | \$0    |         |       | \$1,750,905 | \$42,700    |              | \$0 | \$0    |     |
| 1                                                | CC             | 31835844 | SALINAS MARIA |      | 0   | \$0    | \$0    | MIN002 | 30          | \$1,750,905 | \$218,900 |      | 0   | \$0    | \$0     | 14-11 | 30          | \$1,750,905 | \$42,700     | 0   | \$0    | \$0 |
| Total Afiliados( 1)                              |                |          |               |      | \$0 | \$0    |        |        | \$1,750,905 | \$218,900   |           |      | \$0 | \$0    |         |       | \$1,750,905 | \$42,700    |              | \$0 | \$0    |     |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                              |                 |                    |                   |                     |          |                       |
|-------------------------------|----|------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                 | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección         | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 31835844                   |    | SALINAS SANCHEZ MARIA OTILIA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CARRERA 74 # 0-24 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 9216413  | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |           |            |          |            |            |                  |           |           |
|-----------------------------------|---------|-----------|------------|----------|------------|------------|------------------|-----------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave     | Tipo       | Fecha    |            | Pago       |                  |           |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago      | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco            | Días Mora | Valor     |
| 2026-05                           | 2026-05 | 400130156 | 9505233203 | I        | 2026/06/11 | 2026/06/18 | BANCO DAVIVIENDA | 7         | \$263,100 |

| RESUMEN DE PAGO             |        |             |    |           |                 |                |                        |               |  |
|-----------------------------|--------|-------------|----|-----------|-----------------|----------------|------------------------|---------------|--|
| RIESGO                      | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |  |
| 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     |  |
| FOSYGA RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN | MIN002 | 901,037,916 | 1  | 1         | \$218,900       | \$1,200        | \$0                    | \$220,100     |  |
| TOTAL                       |        |             |    | 1         | \$261,600       | \$1,500        | \$0                    | \$263,100     |  |



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 20245200031591

Fecha: 28-12-2024

Pag 1 de 2

**Bogotá, Sabado, 28 de diciembre de 2024**

Señor (a):

**MARIA OTILIA SALINAS SANCHEZ**

[motysal21@gmail.com](mailto:motysal21@gmail.com)

Agua De Dios - Cundinamarca

Asunto: AFILIACIÓN AL REGIMEN DE EXCEPCIÓN, Caso: **SALINAS SANCHEZ MARIA OTILIA CC 31835844** -  
Radicado ADRES No. 20246309605762.

Respetado (a Señor(a):

En relación con el caso referenciado en el asunto, en el cual solicita **AFILIACIÓN AL REGIMEN DE EXCEPCIÓN**, se informa que el caso se encuentra solucionado de acuerdo con la siguiente consulta realizada en la Base de Datos del Régimen de Excepción.

| TIPO | NUMERO   | APELLIDOS<br>NOMBRES                  | ENTIDAD             | FECHA<br>INICIO | FECHA<br>FIN | ESTADO<br>ACTUAL | TIPO<br>AFILIACION |
|------|----------|---------------------------------------|---------------------|-----------------|--------------|------------------|--------------------|
| CC   | 31835844 | SALINAS<br>SANCHEZ<br>MARIA<br>OTILIA | POLICIA<br>NACIONAL | 16/04/2014      | 31/12/2999   | ACTIVO           | COTIZANTE          |

Por lo anterior, si usted necesita retirarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, debe dirigirse a la EPS del **Régimen especial y de excepción** en dónde se encuentra afiliado y solicitar el retiro para posteriormente realizar vinculación con la EPS de su elección dónde quiera afiliarse, o utilizar el sitio web [www.miseguridadsocial.gov.co](http://www.miseguridadsocial.gov.co), en donde podrá tener a su disposición una serie de herramientas tales como la consulta del estado actual de su afiliación, el historial de inscripciones que haya realizado a diferentes EPS, el reporte de traslado de EPS para el afiliado y todo su grupo familiar, la inclusión y exclusión de beneficiarios, la actualización de datos complementarios y del documento de identidad, entre otras.

De otra parte, es importante indicar que los registros administrativos que conforman la Base de Datos Única de Afiliados – BDUa, así como la información registrada en la página [www.adres.gov.co](http://www.adres.gov.co), provienen de los datos que reportan las EPS de los regímenes subsidiado y contributivo, quienes administran las afiliaciones y son responsables de la calidad y veracidad de la información que se reporta, como lo señala el artículo 13 de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social. Señalado lo anterior, se aclara que ADRES no emite certificados de afiliación o retiro.

Además, deben gestionar la plena identificación de los afiliados, de acuerdo con los documentos vigentes para



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 20245200031591

Fecha: 28-12-2024

ciudadanos colombianos y residentes extranjeros, así como mantener actualizadas las novedades que presenten sus afiliados.

Cordialmente,

Andrea Robayo

Soporte BDUA – DGTIC

[www.adres.gov.co](http://www.adres.gov.co)

Diligencie encuesta de satisfaccion: <http://orfeo.adres.gov.co/encuesta/index.php?radicado=20246309605762>

**EL CENTRO INTEGRAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS – CITSE, DE LA CAJA DE  
SUELDOS DE RETIRO DE LA POLICIA NACIONAL**

**HACE CONSTAR QUE:**

El señor **AG** (RA) de la Policía Nacional **SALINAS SANCHEZ MARIA OTILIA**, identificado con **CC 31835844**, ostenta la calidad de retirado de la citada Institución y devenga asignación mensual de retiro vitalicia por cuenta de la Caja de Sueldos de Retiro de la Policía Nacional.

Se expide la presente a solicitud del interesado.

Dada en Bogotá D.C - Colombia, **veinticuatro de junio de dos mil veintiséis.**



**LILIANA LOPEZ AVELLA**  
Coordinadora Grupo de Centro Integral de Trámites y Servicios

[www.casur.gov.co](http://www.casur.gov.co)

**DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 03/2026**

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

NIT 900.959.048-4

DEBE A:

MARÍA OTILIA SALINAS SÁNCHEZ  
CC 31835844 CALI, VALLE DEL CAUCA

La suma **(CUATRO MILLONES CIENTO NOVENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE)**  
**(\$4.195.200)** por concepto de prestar servicios profesionales a la gestión asistencial en el área de  
**Gestión del Riesgo en Salud** dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la **SUBRED  
INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.** de acuerdo al requerimiento  
institucional del periodo del **01 al 30 de Junio del 2026**, de conformidad con lo establecido en el  
contrato de prestación de servicios N°: 3559-2026.



MARÍA OTILIA SALINAS SÁNCHEZ  
CC 31835844 CALI, VALLE DEL CAUCA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 007590299934



Agencia Nacional  
de Contratación Pública  
Colombia Compra Eficiente

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

[Aumentar el contraste](#)

UTC -5 9:29:10

MARIA OTILIA SALI...

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos

Volver

Últimas modificaciones

Todos

Seleccione

Buscar contrato

Buscar

(Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

| Id del contrato | Número del Contrato | Entidad Estatal                                                              | Tipo de entidad | Fecha de firma                                          | Fecha de finalización                                                          | Facturación de la entidad    | Valor total de la oferta |
|-----------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------|
| 7806388         | 3559-2026           | <a href="#">SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE.</a>    | Entidad Estatal | 15/04/2026 4:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) | 13 días para terminar ((31/07/2026 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) | MARIA OTILIA SALINAS SANCHEZ | 16.920.640 COP           |
| 7755424         | 3101-2026           | <a href="#">SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE.</a>    | Entidad Estatal | 11/02/2026 3:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) | 31/05/2026 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)                       | MARIA OTILIA SALINAS SANCHEZ | 15.522.240 COP           |
| 5914985         | 96-7-20002-25       | <a href="#">HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA</a>                               | Entidad Estatal | 29/01/2025 6:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) | 11/09/2025 12:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)                       | MARIA OTILIA SALINAS SANCHEZ | 32.889.997,5 COP         |
| 897015          | 2179-2020           | <a href="#">SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**</a>          | Entidad Estatal | 1/02/2020 12:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) | 31/08/2020 12:00:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)                       | MARIA OTILIA SALINAS SANCHEZ | 20.688.450 COP           |
| 3896234         | PS 5721 2023        | <a href="#">SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E 1</a> | Entidad Estatal | 31/05/2023 8:24:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) | 31/05/2024 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)                       | MARIA OTILIA SALINAS SANCHEZ | 39.243.882 COP           |

[Ver más](#)

OPCIONES

VER

- Últimas modificaciones
- Todos
- Esperando aprobación
- Firmado
- Firmado y enviado a la Entidad Estatal
- Suspendidos
- Cancelados
- Cerrados
- Firmados y Terminados anormalmente

HERRAMIENTAS