DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

E.S.E NIT:900.959.048-4

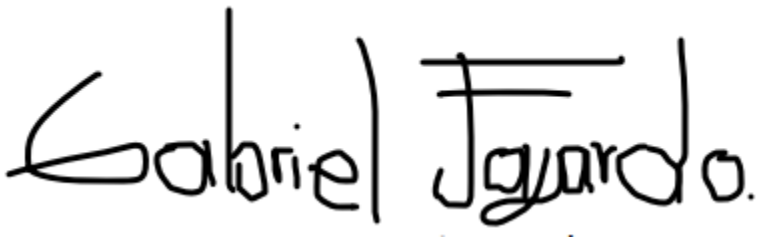
DEBE A;

D Gabriel Felipe Fajardo Ramirez

C.C 1000158980 de Bogotá D.C.

La suma de $3.951.569 (**tres millones novecientos cincuenta y un mil quinientos sesenta y nueve pesos MCTE)** por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de rehabilitación, 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 como **FISIOTERAPEUTA** ; en el Hospital Occidente de Kennedy en el área de **(Urgencias, Hospitalización, Cuidado Intensivo Adulto).**

De acuerdo con el requerimiento institucional durante el periodo de 1 al 31 de JULIO del 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 354-2026**



C.C

1000158980 de Bogotá D.C
CUENTA DE AHORROS LIBRETON BBVA
NUMERO: 179002214

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	GABRIEL FELIPE FAJARDO RAMIREZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-1000158980
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-07-29
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-07-21
FECHA DE PAGO:	2026-07-29
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERÍODO PENSIÓN:	2026-06
PERÍODO SALUD:	2026-06
NÚMERO PLANILLA:	8642326674
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8642326674
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.836.000	$ 0	$ 0	$ 1.400	$ 229.500	$ 230.900
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.836.000	$ 0	$ 0	$ 1.800	$ 293.800	$ 295.600
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 1.836.000	$ 0	$ 0	$ 300	$ 44.800	$ 45.100
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 3.500	$ 568.100	$ 571.600

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	21/08/2026

Administradora de los Recursos del Sistema
General de Seguridad Social en Salud
ADRES

Tipo Identificación	Numero Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Ultimo Periodo Compensado	EPS/EOC	Tipo Afiliación
CC	1000158980	FAJARDO	RAMIREZ	GABRIEL	FELIPE	2026-05	Sanitas	COTIZANTE
CC	1000158980	FAJARDO	RAMIREZ	GABRIEL	FELIPE	2024-06	Sanitas	BENEFICIARIO

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
Sanitas	05/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	04/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	03/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	02/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	01/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	12/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	11/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	10/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	09/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	08/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	07/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	06/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	05/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	04/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	03/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	02/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	01/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	12/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	11/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	10/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	09/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	08/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	07/2024	27	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	06/2024	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	05/2024	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	04/2024	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	03/2024	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	02/2024	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización

Administradora de los Recursos del Sistema
General de Seguridad Social en Salud
ADRES

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
Sanitas	01/2024	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	12/2023	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	11/2023	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	10/2023	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	09/2023	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	08/2023	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	07/2023	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	06/2023	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	05/2023	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	04/2023	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	03/2023	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	02/2023	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	01/2023	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	12/2022	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	11/2022	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	10/2022	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	09/2022	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	08/2022	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	07/2022	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	06/2022	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	05/2022	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	04/2022	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	03/2022	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	02/2022	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	01/2022	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	12/2021	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	11/2021	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	10/2021	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	09/2021	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	08/2021	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	07/2021	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	06/2021	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	05/2021	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
ADRES

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
Sanitas	04/2021	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	03/2021	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	02/2021	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	01/2021	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	12/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	11/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	10/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	09/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	08/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	07/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	06/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	05/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	04/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	03/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	02/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	01/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	12/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	11/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	10/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	09/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	08/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	07/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	06/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización

Información Importante:

El campo “Observación *” denota la siguiente situación:

Pago con cotización: Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Pago Normal, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Estado Emergencia, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Por lo anterior no tienen cotizaciones en salud.

Medellín, 27 de julio de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que GABRIEL FELIPE FAJARDO RAMIREZ identificado(a) con C1000158980 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10001589802620863277

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.13

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
FAJARDO	RAMIREZ	GABRIEL FELIPE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1000158980	F ( ) M (X)	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 30 MES ABR AÑO 2001

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

KR 66 2 68

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3006871120

EMAIL gabriel25fajardo@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o A 6o DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o A 11o DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BASICA											TITULO Básica
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES DICIEMBRE AÑO 2015
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Universitaria	9	X		FISIOTERAPIA	11	2024	1000158980

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS

Firma electrónica validador: null

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

DOMINIO DE IDIOMAS

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA , REGULAR (R) BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* hojasdevidahok2025@gmail.com
TELÉFONOS 3209281821	*FECHA DE INGRESO* DIA 1 MES 6 AÑO 2025		*FECHA DE RETIRO* DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO FISIOTERAPEUTA	*DEPENDENCIA* HOSPITALIZACION		*DIRECCIÓN* Av. 1 de Mayo #40B-54

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
Privada	0	0
Pública	1	1
Total	1	1

Firma electrónica validador: null

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO _X_ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Bogotá D.C. - null
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
null
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

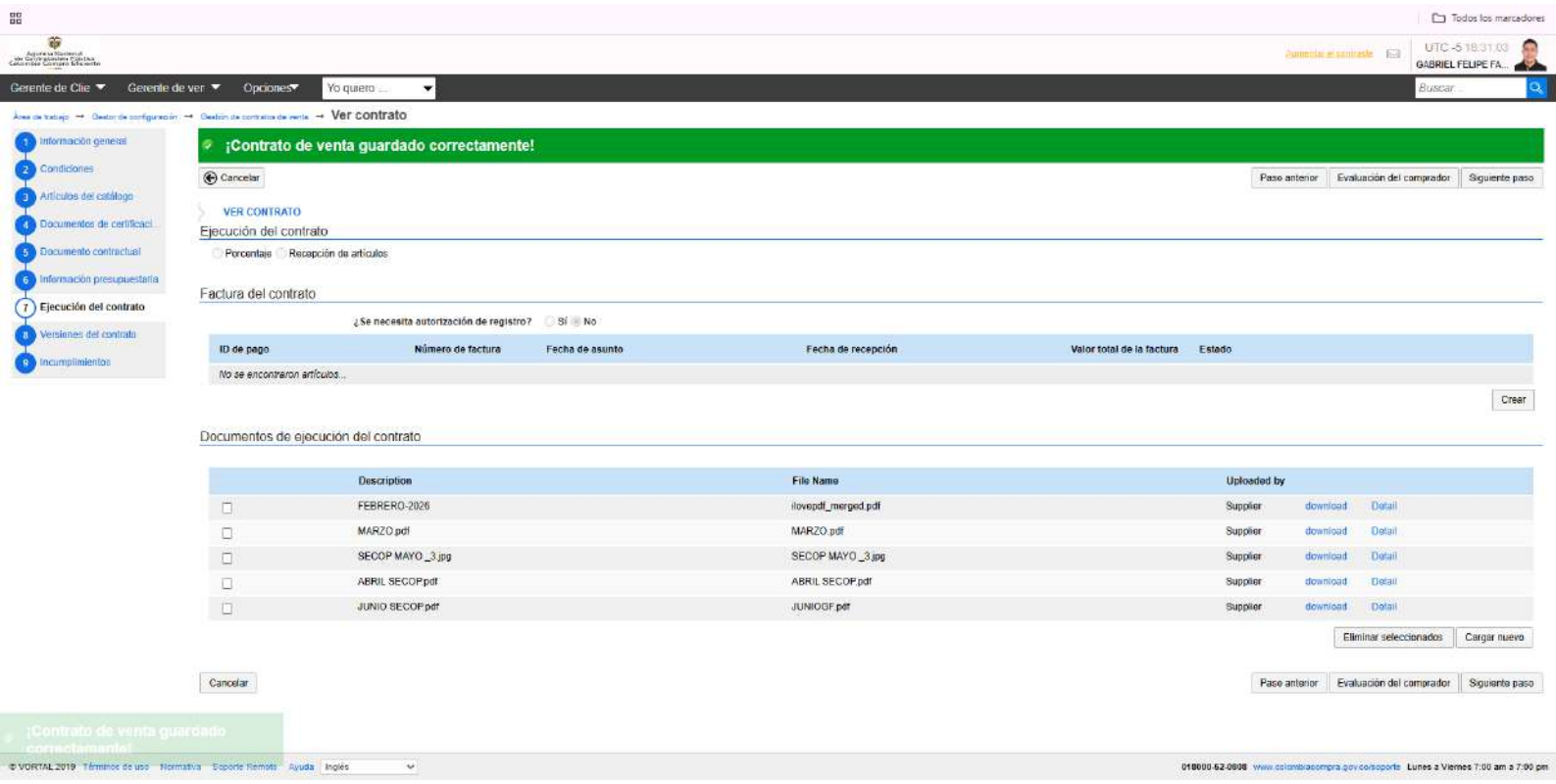
CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Firma electrónica:

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Firma electrónica validador: null


Todos los marcadores
Aumentar el contraste
UTC -5 16:31:03
GABRIEL FELIPE FA...
Gerente de Clie
Gerente de ver
Opciones
Yo quiero ...
Buscar...
Área de trabajo → Gestor de configuración → Gestión de contratos de venta → Ver contrato
1 Información general
2 Condiciones
3 Artículos del catálogo
4 Documentos de certificaci...
5 Documento contractual
6 Información presupuestaria
7 Ejecución del contrato
8 Versiones del contrato
9 Incumplimientos
¡Contrato de venta guardado correctamente!
Cancelar
Paso anterior
Evaluación del comprador
Siguiente paso
VER CONTRATO
Ejecución del contrato
Porcentaje
Recepción de artículos
Factura del contrato
¿Se necesita autorización de registro?
Sí
No
ID de pago
Número de factura
Fecha de asunto
Fecha de recepción
Valor total de la factura
Estado
No se encontraron artículos...
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Description
File Name
Uploaded by
FEBRERO-2026
ilovepdf_merged.pdf
Supplier
download
Detail
MARZO.pdf
MARZO.pdf
Supplier
download
Detail
SECOP MAYO _3.jpg
SECOP MAYO _3.jpg
Supplier
download
Detail
ABRIL SECOP.pdf
ABRIL SECOP.pdf
Supplier
download
Detail
JUNIO SECOP.pdf
JUNIOGF.pdf
Supplier
download
Detail
Eliminar seleccionados
Cargar nuevo
Cancelar
Paso anterior
Evaluación del comprador
Siguiente paso
¡Contrato de venta guardado correctamente!
© VORTAL 2019
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Inglés
018000-52-0808
www.colombiacompra.gov.co/soporte
Lunes a Viernes 7:00 am a 7:00 pm

De acuerdo con las disposiciones legales en especial a lo establecido en el artículo 122 de la constitución nacional y en los artículos 13 y 14 de la Ley 190 de 1995, es requisito para la posesión y para el desempeño del cargo la declaración bajo juramento del nombrado, donde conste la identificación de sus bienes y rentas. Se debe especificar que los bienes y rentas declarados son los únicos que posee el declarante, ya sea personalmente o por interpuesta persona, a la fecha de dicha declaración. Tal información deberá ser actualizada cada año y, en todo caso, al momento de su retiro. En atención a lo anterior el Departamento Administrativo del Servicio Civil Distrital en SIDEAP ha desarrollado un módulo donde los servidores podrán diligenciar la información para la declaración juramentada de Bienes y Rentas, en el formato establecido por la Función Pública, para ser impreso, firmado y entregado en el área de talento humano de su respectiva entidad * Previa vinculación * En cada vigencia mientras permanezca vinculado entre el 1 de junio y 31 de julio * Al momento del retiro del servicio dando así cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto 484 de 2017. De tratarse de valores en divisas diferente al peso colombiano se realizará la conversión a la fecha de corte.
Para más información consulte las guías, videos e instructivo de como diligenciar su declaración de bienes y rentas

¿Quieres diligenciar una declaración?

No estoy seguro, Volver | Si, diligenciar declaración

Declaración

10

Fecha de declaración	Año gravable	Tipo	Entidad	Estado	Ver
28-jul-2026	2026	Para actualización (Periodica)	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	Presentada	Ver
18-nov-2025	2025	Para actualización (Periodica)	Sin Registrar/No Aplica	Presentada	Ver
03-nov-2025	2025	Para suscribir contrato de prestación de servicios	Sin Registrar/No Aplica	Presentada	Ver
18-jun-2025	2024	Para suscribir contrato de prestación de servicios	Sin Registrar/No Aplica	Presentada	Ver

(1 of 1)

Volver

26df9077-b6f0-46e0-aef8-f11abbb18369

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud certifica que:

Gabriel Fajardo

ha participado y aprobado el:

Curso básico de prevención y control de infecciones multirresistentes en el hospital

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 40 - Porcentaje de aprobación: 95,00 %

24 de junio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=26df9077-b6f0-46e0-aef8-f11abbb18369

9:19
◀ WhatsApp
5G 33

Pretest - Rehabilitación Hospitalización y Urgencias

Apreciado colaborador a continuación, usted encontrará quince (15) preguntas relacionadas con el tema de la capacitación, esta evaluación tiene como objetivo identificar los conocimientos que trae sobre el tema y los adquiridos durante la jornada , de manera que podamos establecer la efectividad de la misma. **Lea cuidadosamente cada una de las preguntas y elija la respuesta que considere correcta**.

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

Datos del Participante

1. Fecha de Diligenciamiento del Pretest *

4/6/2026

2. Número de Identificación (sin puntos, ni comas) *

1000158980

orms.cloud.microsoft

11:53
◀ WhatsApp
4G 73



Asistencia y Postest - Rehabilitación Hospitalización y Urgencias

La encuesta tardará aproximadamente 5 minutos en completarse.
Formato para registrar el postest y asistencia al Encuentro de Aprendizaje Continuo que realiza la Subred Sur Occidente.

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

Datos del Participante

1. Indicar la Fecha del Postest y Encuentro de Aprendizaje Continuo *

4/6/2026

2. Tipo de Vinculación *

orms.cloud.microsoft

9:19
◀ WhatsApp
5G 33

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

Datos del Participante

1. Fecha de Diligenciamiento del Pretest *

4/6/2026

2. Número de Identificación (sin puntos, ni comas) *

1000158980

3. Nombres y Apellidos Completos *

GABRIEL FELIPE FAJARDO RAMÍREZ

4. Se define la EPOC según las guías GOLD 2026: Condición pulmonar heterogénea caracterizada por los síntomas respiratorios crónicos (Disnea, tos y producción de esputo) debido a las anormalidades de la vía

orms.cloud.microsoft

1 General Information
2 Conditions
3 Catalogue Items
4 Attestation Documents
5 Contract Document
6 Budget Information
7 Contract Execution
8 Contract Versions
9 Non-Compliances

Cancel

Previous Step | Buyer Evaluation | Next Step

VIEW CONTRACT

Contract Execution

Percentage | ItemReception

Contract Invoice

Registration authorization is needed? Yes No

Payment ID	Invoice Nr	Issue Date	Reception Date	Invoice Total Value	State
No items found...					

Create

Contract Execution Documents

	Description	File Name	Uploaded by		
☐	FEBRERO-2026	ilovepdf_merged.pdf	Supplier	download	Detail
☐	MARZO.pdf	MARZO.pdf	Supplier	download	Detail
☐	SECOP MAYO _3.jpg	SECOP MAYO _3.jpg	Supplier	download	Detail
☐	ABRIL SECOP.pdf	ABRIL SECOP.pdf	Supplier	download	Detail
☐	JUNIO SECOP.pdf	JUNIOGF.pdf	Supplier	download	Detail

Remove selected | Upload new

Cancel

Previous Step | Buyer Evaluation | Next Step