

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA

Versión: 3
Fecha de aprobación: 15/02/2018
Código: 04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				CINDY PAOLA MADIEDO JIMENEZ											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		1032387493						
CORREO ELECTRONICO:				CPMADIEDO@HOTMAIL.COM				CELULAR:		3214513813					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								USS PATIO BONITO							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				SERVICIO FARMACEUTICO				SEDE:		Sur					
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		SU55M05	100												
ENTIDAD FINANCIERA:				BANCO DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		AHORROS					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				*550005500184048				PENSIONADO		No					
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS															
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				5289-2020				N° DE PAGOS DEL CONTRATO		8de8					
NÚMERO DE CDP		1958		FECHA		23/12/20		NÚMERO DE CRP		60390		FECHA		31/12/20	
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de farmacia, 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											
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DIA	MES	AÑO	HASTA		DIA	MES	AÑO		
						1	1	2021			31	1	2021		
VALOR HORA :				\$9.325											
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 0%											
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:								\$12.821.253							
VALOR EJECUTADO								\$12.821.253							
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$1.734.450							
VALOR A LIBERAR								\$0							
SALDO POR EJECUTAR								\$0							
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN								100%							
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:															
Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> 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									
9414652629	\$ 877.803	\$109.800	\$140.500	3	\$21.400	\$271.700									
Dado en Bogotá a los 31 días del mes de Enero del año Dos Mil veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,															
 CESAR HUERTANO NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:						 CINDY PAOLA MADIEDO JIMENEZ NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA									

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión 2
Fecha de aprobación 03/04/2017
Código: 04-02-FO-0003



Ubicación del Servicio:		SERVICIOS COMPLEMENTARIOS – FARMACIA		Sede: USS PATIO BONITO			
No. DE CONTRATO:	5289-2020	Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año	a
				1	1	2.021	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CINDY PAOLA MADIEDO JIMENEZ		C. C.	1.032.387.493		DE	BOGOTA
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR DE FARMACIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente							
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI ____ x							
OBLIGACIONES CONTRACTUALES		SI PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS		PRODUCTOS ENTREGADOS		
1 Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la formula médica presentada por el suario		SI PROGRAMADO	Recibe la formula verificar en las diferentes bases (eps-s, comprobador, adres) facturar y entregar el medicamento al usuario. Y personal de uroemias		se dispensaron 200 Formulas correspondientes a las eps-s cotratadas por la subred		
2 Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos entregados para su respectivo descargo		SI PROGRAMADO	Realizar los ingresos de los medicamentos al sistema dinamica		se hizo el descargo de 350 medicamentos e insumos		
3 Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según el procedimiento establecido		SI PROGRAMADO	Semaforizar oportunamente los medicamentos con base en la recepcion tecnica realizada mensualmente.		Se entrega aleatorio semanal en el formato 08-04FO-126		
4 Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo		SI PROGRAMADO	Programar mensualmente la limpieza de estanterias y efectuar buen almacenamiento de los medicamentos		Se diligencia el formato 0900FO-0012 una vez realizada la limpieza y desinfeccion, mueble de insumos y mueble de ampollas asi como recipientes plasticos		
5 Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad		SI PROGRAMADO	se realiza la entrega de formatos de aleatorios y registro de entrega de formulas formato 0804FO-0058		en el mes de enero se entregan 0 formulas de evento y 0 de fondo financiero		
6 Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred		SI PROGRAMADO	Realizar la entrega oportuna de los informes solicitados que intervienen en el proceso de calidad		En el mes de enero se entrega indicadores y pendientes en los formatos 0804FO-0058, F 08-04-FO-0038		
7 Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento		SI PROGRAMADO	Registrar el numero de formulas, medicamentos entregados y/o pendientes		En el mes de enero Se registran 200 formulas registradas y 350 medicamentos entregados e insumos		
8 Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas		SI PROGRAMADO	Velar por el buen uso de los diferentes equipos de trabajo que tengo a mi cargo		Soy cuidadosa con el equipo de computo y escaner, al terminar las funciones diarias y los entrego en buen estado		
9 Participar en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado		SI PROGRAMADO	retroalimentacion dada por parte de seguridad al paciente		se realiza desinfeccion a la careta de proteccion personal y se registra en el formato 09-00-FO-0012		
10 Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio		SI PROGRAMADO	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligacion .		No se generaron productos		
11 Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos		SI PROGRAMADO	Hacer seguimiento oportuno de los procedos y procedimientos establecidos por la subred		Se realiza dispensacion, recepcion, almacenamiento y seguimiento a medicamentos pendientes formato 08-04FO-0059		
12 Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales		SI PROGRAMADO	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligacion .		No se generaron productos		
13 Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato		SI PROGRAMADO	Realizar oportunamente las actividades programadas mensualmente por el supervisor		Se entrega oportunamente el informe con las respectivas actividades realizadas para ser certificadas por el supervisor		
14 Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminacion del contrato		SI PROGRAMADO	Garantizar el buen uso de los elementos asignados para desarrollar mi trabajo		No se generaron productos		
15 Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del servicio		SI PROGRAMADO	Registrar el numero de formulas, medicamentos entregados y/o pendientes, formulas mal diligenciadas en excel y la facturación que hacemos en dinamica		En el mes de enero se registraron 200 formulas, 350 medicamentos entregados, 0 formulas pendientes 0 formulas mal diligenciadas a la fecha se realiza registro formato 08/04FO-0059		
16 Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente		SI PROGRAMADO	Descargar planilla y se paga a aportes en linea al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales		Se entrega oportunamente impresa y pagada la planilla asi como las certificaciones de salud, pension, riesgos profesionales para la certification,		
17 Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato		NO PROGRAMADO	se realizaron actividades relacionadas con esta obligacion .		No se generaron productos		
Observaciones:							
TOTAL A PAGAR UN MILLON SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS (\$1.734.450) PESOS M/CTE							
 NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: <u>Pgebo 1032387493</u>				Fecha: dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:			
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.							

DATOS GENERALES DEL APORTANTE														
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF						
CC 1032387493		MADIEDO JIMENEZ CINDY PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 18 Z # 62 A - 24 SUR	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	7650921	No						
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION														
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago								
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor					
2020-12		849638706	I	9414652629	2021/01/25	2021/01/04	BANCO DAVIVIENDA	0						
\$271,700														
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES														
EMPLEADO			PENSION			SALUD			CCF			RIESG		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$877,803	\$140,500			\$877,803	\$109,800			\$877,803	\$21,400
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$877,803	\$140,500			\$877,803	\$109,800			\$877,803	\$21,400
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)					\$877,803	\$140,500			\$877,803	\$109,800			\$877,803	\$21,400
1	CC 1032387493	MADIEDO CINDY	230301	30	\$877,803	\$140,500	EP5002	30	\$877,803	\$109,800	0		\$877,803	\$21,400
Total Afiliados(1)					\$877,803	\$140,500			\$877,803	\$109,800			\$877,803	\$21,400

[Handwritten Signature]

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1023387493		MADIEDO JIMENEZ CINDY PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 18 Z # 62 A - 24 SUR	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	7650921	No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Valor			
Pensión 2020-12	849638706	9414652629	1	2021/01/25	2021/01/04	\$271,700			

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$140,500	\$0	\$0	\$140,500	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$140,500	\$0	\$0	\$140,500	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$21,400	\$0	\$0	\$21,400	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$21,400	\$0	\$0	\$21,400	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$109,800	\$0	\$0	\$109,800	
SALUD TOTAL	EP5002	800,130,907	4	1	\$109,800	\$0	\$0	\$109,800	
TOTAL				1	\$271,700	\$0	\$0	\$271,700	

[Handwritten signature]

Bogotá, Enero 11 de 2021

Señora:

MADIEDO JIMENEZ CINDY PAOLA

CC. 1032387493

TV 24B 17 67 TO 1 AP - 9001

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Marzo 12 de 2010. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
MANJARREZ MADIEDO ANGIE VALENTINA	1021393463	T	Mar-12-2010	425	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
MANJARREZ MADIEDO LAURA NICOL	1021398158	T	Mar-12-2010	425	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
MANJARREZ MADIEDO ANA SOFIA	1021398786	T	Mar-12-2010	425	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
MANJARREZ MADIEDO MARIANA	1021401954	R	Jun-9-2019	56	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
MADIEDO JIMENEZ CINDY PAOLA	1032387493	C	Mar-12-2010	425	0	SEGUNDO COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
MANJARREZ MUNOZ JEISSON ARMANDO	80766608	C	Mar-12-2010	425	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
MANJARREZ MUNOZ JEISSON ARMANDO	84040209203	T	Dic-19-2001	122	0	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	NO VIGENTE	Feb-9-2009	Exclusión o anulación de la afiliación	Ninguna

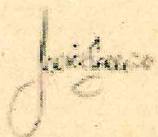
De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
APOYARTE HUMAN CAPITAL SAS	1032387493	Dependiente	CERRADO
CLINICA COLSANITAS SA	1032387493	Dependiente	CERRADO
COMPENSAR	1032387493	Dependiente	CERRADO
DROGUERIAS Y FARMACIAS CRUZ VERDE S A S	1032387493	Dependiente	CERRADO
FUNDACION CARDIO INFANTIL INSTITUTO DE C	1032387493	Dependiente	CERRADO
MADIEDO JIMENEZ CINDY PAOLA	1032387493	Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m	CERRADO
MADIEDO JIMENEZ CINDY PAOLA	1032387493	Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m	CERRADO
MADIEDO JIMENEZ CINDY PAOLA	1032387493	Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
MADIEDO JIMENEZ CINDY PAOLA	1032387493	Independiente Voluntario al Sistema de Riesgos Lab	CERRADO
MADIEDO JIMENEZ CINDY PAOLA	1032387493	Trabajador Independiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

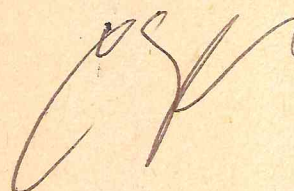
En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos



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

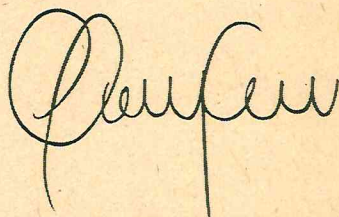
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

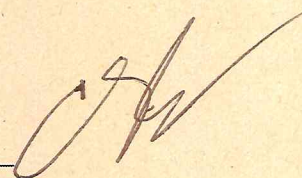
CINDY PAOLA MADIEDO JIMENEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.032.387.493**,
se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Enero del 2021.

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.

Medellín, 11 de enero de 2021

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que CINDY PAOLA MADIEDO JIMENEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 1032387493 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 17/06/2020

Fecha fin cobertura:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E N900959048

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2,436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000007 - OPERATIVO OPS CR 3

CLASE: 3 PORCENTAJE: 2,436% TIPO COTIZANTE: INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

CLASE DE RIESGO: 3 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2,436%

Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2,436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

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: C10323874932101184988

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

11/01/2021 11.36 PM



Aumentar el contraste

UTC -5 1:09:19

cindy paola madieto



Búsqueda Mis procesos Menú Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

Id de página: 23000726 Ayuda ?

1 Información general

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

8 Modificaciones del Contrato

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		
☐ documentos junio 2020	junio 5289-2020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
cuenta de cobro secop.pdf (Archivado)	cuenta de cobro secop.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ documentos julio 2020	cuenta cobro julio.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ documentos agosto 2020	cuenta de cobro agosto.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ documentos septiembre 2020	secop 092020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
16076204839177895348871366035773.jpg (Archivado)	16076204839177895348871366035773.jpg	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ documentos octubre 2020	CamScanner 12-10-2020 12.05_2.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
cuenta 11 2020_1.pdf (Archivado)	cuenta 11 2020_1.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ documento diciembre 2020.pdf	documento diciembre 2020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ documentos noviembre 2020.pdf	documentos noviembre 2020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

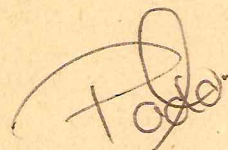
< Evaluación de la Entidad Estatal >

Cindy Paola Madieto

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:
CINDY PAOLA MADIEDO JIMENEZ
C.C 1032387493 DE BOGOTA

La suma de 1.734.450, por concepto de: pago de honorarios durante el periodo del 1 al 31 de enero de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5289-2020



CINDY PAOLA MADIEDO JIMENEZ
C.C.1032387493 DE BOGOTA
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 550005500184048

