**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**
**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**
**FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**

**CÓDIGO: AP-IA-FT-014**
**VERSIÓN: 7**
**FECHA: 2025-06-09**

| DATOS DEL CONTRATISTA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2026)** | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **DANIELA MONTAÑA JIMENEZ** | | | **CC:** | **1016015964** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **dmontanaj@unal.edu.co** | | | **TELÉFONO:** | **3003723720** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **KR 81B 19B 80 T5 AP 203** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCOLOMBIA** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **91215631392** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 7132 2025** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 3.844.200** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2025/10/01** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2026/09/30** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2026/08/10 AL 2026/08/31** | | | | |

*DANIELA MONTAÑA JIMENEZ*
*PS_7132_2025_CA13B8*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**DANIELA MONTAÑA JIMENEZ**
**CC: 1016015964**
**CEL: 3003723720**

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO:** AP-IA-FT-077<br>**VERSIÓN:** 2<br>**FECHA:** 2025-06-09 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **DANIELA MONTAÑA JIMENEZ** | | | |
| **CON C.C N°** | **1.016.015.964** | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO NUTRICIONISTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 7132 2025** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2025/10/01** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 5.483.200 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **129** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 71.281.600 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 3.844.200 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | DOCE (12) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA | | |

| ITEM | II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes) |
|---|---|
| 1 | 1. Obligación 1. Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.<br><br>1.1. Actividades desarrolladas: Se ejecutan las actividades operativas y administrativas dispuestas para el perfil de profesional especializada 4 dispuestas en las líneas operativas 143, 144 y 145, así como se les da respuestas a las solicitudes desarrolladas por la coordinación de GIPEPB<br><br>1.2. Productos (Evidencias): Actas de ejecución, listados de asistencia, plan de acción estrategia SAN. |
| 2 | 2. Obligación 2. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.<br><br>2.1. Actividades desarrolladas: Se realiza la entrega vía correo electrónico a programas@subredcentrooriente.gov.co del formato de actividades propuestas para el mes de noviembre debidamente diligenciado<br><br>2.2. Productos (Evidencias): Formato institucional de CRONOGRAMA VIGENCIA 2027 entregada vía correo electrónico a programas@subredcentrooriente.gov.co |
| 3 | 3. Obligación 3. Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.<br><br>3.1. Actividades desarrolladas: Se ejecutan las actividades operativas dispuestas para el perfil de profesional especializada 4 dispuestas en las líneas operativas 143, 144 y 145<br><br>3.2. Productos (Evidencias): Actas de asistencia técnica, actas de acompañamiento, presentación power point, listados de asistencia |
| 4 | 4. Obligación 4. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud.<br><br>4.1. Actividades desarrolladas: Se ejecutan las actividades operativas dispuestas para el perfil de profesional especializada 4 dispuestas en las líneas operativas 143, 144 y 145<br><br>4.2. Productos (Evidencias): Actas de asistencia técnica, actas de acompañamiento, presentación power point, listados de asistencia, plan de acción estrategia SAN |
| 5 | 5. Obligación 5. Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) desde su perfil profesional y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre el FDS y la Subred.<br>5.1. Actividades desarrolladas: Se ejecutan las actividades operativas dispuestas para el perfil de profesional especializada 4 dispuestas en las líneas operativas 143, 144 y 145<br><br>5.2. Productos (Evidencias): Actas de asistencia técnica, actas de acompañamiento, presentación power point, listados de asistencia |

| | |
|---|---|
| 6 | 6. Obligación 6. Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.<br><br>6.1. Actividades desarrolladas: Se participó en los procesos colectivos de apropiación conceptual dirigidos por la subred Centro Oriente Reunión equipo GIPEPB; 10/03 y 13/03 Asistencia técnica Equipo Mesa SAN 06/03<br><br>6.2. Productos (Evidencias): Acta, presentación y listados de asistencia |
| 7 | 7. Obligación 7. Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales.<br><br>7.1. Actividades desarrolladas: Se participó en los procesos colectivos de apropiación conceptual dirigidos tanto por la subred como por la subred Centro Oriente<br><br>7.2. Productos (Evidencias): Actas de asistencia técnica, presentación power point, listados de asistencia. |
| 8 | 8. Obligación 8. Elaborar y presentar dentro de los plazos establecidos los informes y la información requerida con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) y conforme las actividades, metas y productos establecidos en los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.<br><br>8.1. Actividades desarrolladas: Se desarrolla la incorporación de información de las distintas matrices plan de acción de la estrategia SAN, indicadores<br><br>8.2. Productos (Evidencias): Formato plan de acción diligenciado, matriz de indicadores |
| 9 | 9. Obligación 9. Orientar técnica y operativamente las actividades que adelante el equipo de la línea de intervención, subsistema, proyecto y/o estrategia del proceso transversal o entorno asignado, de acuerdo a su perfil profesional para el cumplimiento de los productos, actividades y/o metas establecidos en los lineamientos técnicos del convenio Interadministrativo PSPIC<br><br>9.1. Actividades desarrolladas: Se ejecutan las actividades operativas dispuestas para el perfil de profesional especializada 4 dispuestas en las líneas operativas 143, 144 y 145<br><br>9.2. Productos (Evidencias): Actas de asistencia técnica, actas de acompañamiento, presentación power point, listados de asistencia |
| 10 | 10. Obligación 10. Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones.<br>10.1. Actividades desarrolladas: No se desarrolla esta actividad este mes<br><br>10.2. Productos (Evidencias): No aplica |
| 11 | 11. Obligación 11.Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental.<br><br>11.1. Actividades desarrolladas: Se realiza la entrega de los soportes de las actividades ejecutadas este mes y se hace entrega al técnico de GIPEPB<br><br>11.2. Productos (Evidencias): Acta de entrega preauditoria |
| 12 | 12. Obligación 12. Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Publica, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social.<br><br>12.1. Se retroalimenta la base de lactancia IAMII<br><br>12.2. Productos (Evidencias): Base Lactancia IAMII |
| 13 | 13. Obligación 13. El contratista se obliga a que las glosas que se generen por incumplimiento de las obligaciones contractuales y de acuerdo a los hallazgos que identifique el equipo de seguimiento y/o interventoría del FFDS_SDS al Convenio Interadministrativo PSPIC (conforme al anexo de CRITERIOS DE GLOSA), serán causal de inicio de apertura de procedimiento administrativo sancionatorio de incumplimiento contractual.<br><br>13.1. Actividades desarrolladas: No se desarrolla proceso de auditoria en este mes. Sin embargo, se realiza la entrega de la información de las acciones desarrolladas en el territorio<br><br>13.2. Productos (Evidencias): Actas de asistencia técnica, actas de acompañamiento, presentación power point, listados de asistencia, plan de acción estrategia SAN. |
| 14 | 14. Obligación 14. Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.<br><br>14.1. Actividades desarrolladas: Se ejecutan las actividades operativas y administrativas dispuestas para el perfil de profesional especializada 4 dispuestas en las líneas operativas 143, 144 y 145, así como se les da respuestas a las solicitudes desarrolladas por la coordinación de GIPEPB<br><br>14.2. Productos (Evidencias): Actas de asistencia técnica, actas de acompañamiento, presentación power point, listados de asistencia, plan de acción estrategia SAN. |
| **III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS** | |
| ***SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA*** | |

***EL PAGO RESPECTIVO.***

| ITEM | CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS | SI | NO |
|---|---|---|---|
| **1** | ¿El contrato se encuentra debidamente legalizado? | **X** | |
| **2** | ¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades? | **X** | |
| **3** | ¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP? | **X** | |
| **4** | ¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002? | **X** | |
| **5** | ¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro? | **X** | |

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago,** ***CERTIFICO*** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2026-08-10) AL (2026-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° 94027960 | OPERADOR: | MI PLANILLA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | COMPENSAR | 2026/08/12 | $ 274.200 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 2026/08/12 | $ 351.000 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2026/08/12 | $ 53.500 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 678.700 |

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

| | |
|---|---|
| **NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA** | *DANIELA MONTAÑA JIMENEZ*<br>*PS_7132_2025_CA13B8*<br>**DANIELA MONTAÑA JIMENEZ**<br>**CC: 1016015964** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA*<br>*PS_7132_2025_CA13B8*<br>**LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1016015964 | DANIELA MONTAÑA JIMENEZ | KR 81B 19B 80 T5 AP 203 | 2672170 | dmontanaj@unal.edu.co | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 94027960 | 12/08/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-07 | 2026-07 | I | $0 | $678.700 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 274.200 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 274.200 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 351.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 351.000 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 53.500 | | | | 53.500 | 0 | 0 | 53.500 | | | 535 | 53.500 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 274.200 | 274.200 |
| Pensión | 1 | 351.000 | 351.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 53.500 | 53.500 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 678.700 | 678.700 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1016015964 | DANIELA MONTAÑA JIMENEZ | | KR 81B 19B 80 T5 AP 203 | 2672170 | dmontanaj@unal.edu.co |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|---|
| NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 94027960 | 12/08/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-07 | 2026-07 | I | $0 | $678.700 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | RIESGOS LABORALES | | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Excenuado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC 1016015964 | MONTAÑA JIMENEZ DANIELA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 2.193.280 | 30 | 351.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 2.193.280 | 30 | 274.200 | 14-11 | 2.193.280 | 30 | 3 | 53.500 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

# Listo

Finalizaste tu pago

BBVA

Pago exitoso

## $678.700,00

*12 ago, 2026--11:25:21 AM*

| | |
|---|---|
| Producto o servicio | MiPlanilla.com Pago Proteccion Social<br>COMPENSAR-OI |
| Pagaste con | Cuenta de Ahorros *1291 |
| Código de confirmación (CUS) | 560679719 |
| IP | 0.0.0.0 |

Volver al comercio

**Imprimir comprobante**

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

**VER CONTRATO**

## Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

## Plan de Pagos

**¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?** ○ Si ● No

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

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

Crear

## Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | PS 7132 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf | PS 7132 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | SUPERVISOR DE COMUNICACION PS 7132 2025 1.pdf | SUPERVISOR DE COMUNICACION PS 7132 2025 1.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | SUPERVISOR DE COMUNICACION PS 7132 2025 2.pdf | SUPERVISOR DE COMUNICACION PS 7132 2025 2.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 7132 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf | PS 7132 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 7132 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf | PS 7132 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 7132 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf | PS 7132 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 7132 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf | PS 7132 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 7132 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf | PS 7132 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 7132 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf | PS 7132 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 7132 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf | PS 7132 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 7132 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf | PS 7132 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 7132 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf | PS 7132 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >