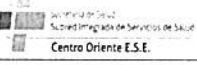
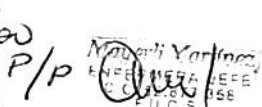


119

 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE ENFERMOS Y ABASTECIMIENTO FORMATO INFORME Y CUENTA DE CORRIENTE		CÓDIGO: AF-1A-FI-014 VERSIÓN: 02 FECHA: 2020-05-04																																																																																																																																			
1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO																																																																																																																																					
No. CONTRATO - OPN:	PS 23332021	C.D.P. No.:	32																																																																																																																																		
Proceso al que pertenece:	MEDIANA COMPLEJIDAD ASISTENCIAL																																																																																																																																				
Unidad a la que pertenece:	SAN BLAS																																																																																																																																				
Nombre del Contratista:	Mara Flor Alba Escobar Patiño																																																																																																																																				
C.C.	35.486.854	de:	BOGOTÁ																																																																																																																																		
Fecha Inicio:	2021-02-01	Fecha Terminación final:	2021-04-30																																																																																																																																		
Valor Mensual:	\$ 1.652.400	Valor a cobrar:	\$ 1.652.400																																																																																																																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ADICIÓN/ OTRO SI</th> <th>VALOR ADICIÓN</th> <th>CDP</th> <th>FECHA DE INICIO</th> <th>FECHA DE TERMINACIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>\$ 2.478.600</td><td>792</td><td>2021-02-01</td><td>2021-04-30</td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	1	\$ 2.478.600	792	2021-02-01	2021-04-30	2					3					4					5					6					7					8					9					10					11					12					<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nº CTA</th> <th>MES DE CUENTA DE CORRIENTE</th> <th>VALOR A PAGAR</th> <th>VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL</th> <th>NÚMERO DE PLANILLA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>FEBRERO</td><td>\$ 1.652.400</td><td>\$ 135.600</td><td>110057631</td></tr> <tr><td>2</td><td>MARZO</td><td>\$ 1.762.500</td><td>\$ 135.800</td><td>1100375632</td></tr> <tr><td>3</td><td>ABRIL</td><td>\$ 1.652.400</td><td>\$ 135.000</td><td>1100723010</td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		Nº CTA	MES DE CUENTA DE CORRIENTE	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	1	FEBRERO	\$ 1.652.400	\$ 135.600	110057631	2	MARZO	\$ 1.762.500	\$ 135.800	1100375632	3	ABRIL	\$ 1.652.400	\$ 135.000	1100723010	4					5					6					7					8					9					10					11					12				
ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN																																																																																																																																	
1	\$ 2.478.600	792	2021-02-01	2021-04-30																																																																																																																																	
2																																																																																																																																					
3																																																																																																																																					
4																																																																																																																																					
5																																																																																																																																					
6																																																																																																																																					
7																																																																																																																																					
8																																																																																																																																					
9																																																																																																																																					
10																																																																																																																																					
11																																																																																																																																					
12																																																																																																																																					
Nº CTA	MES DE CUENTA DE CORRIENTE	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA																																																																																																																																	
1	FEBRERO	\$ 1.652.400	\$ 135.600	110057631																																																																																																																																	
2	MARZO	\$ 1.762.500	\$ 135.800	1100375632																																																																																																																																	
3	ABRIL	\$ 1.652.400	\$ 135.000	1100723010																																																																																																																																	
4																																																																																																																																					
5																																																																																																																																					
6																																																																																																																																					
7																																																																																																																																					
8																																																																																																																																					
9																																																																																																																																					
10																																																																																																																																					
11																																																																																																																																					
12																																																																																																																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</th> <th>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</th> <th>PAGOS REALIZADOS</th> <th>SALDO DEL CONTRATO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>\$ 4.406.400</td> <td>\$ 6.885.000</td> <td>\$ 5.067.360</td> <td>\$ 1.817.640</td> </tr> </tbody> </table>		VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO	\$ 4.406.400	\$ 6.885.000	\$ 5.067.360	\$ 1.817.640																																																																																																																												
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO																																																																																																																																		
\$ 4.406.400	\$ 6.885.000	\$ 5.067.360	\$ 1.817.640																																																																																																																																		
2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO																																																																																																																																					
OBJETO DEL CONTRATO																																																																																																																																					
PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTOMA EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA, URGENCIAS Y QUIRÚRGICAS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E																																																																																																																																					
Relación de actividades para el periodo:		Desde:	Hasta:																																																																																																																																		
		2021-04-01	2021-04-30																																																																																																																																		
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la redacción)		DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO																																																																																																																																			
		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA																																																																																																																																		
1	PRESTAR EL SERVICIO DE CONFORMIDAD CON LA PROGRAMACIÓN DE AGENDA ACORDADA CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, PARA EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES	Cumple con el protocolo de ingreso y entrega de turno.	Cumple con el protocolo de ingreso y entrega de turno en el servicio asignado.																																																																																																																																		
2	CONTROLAR LOS SIGNOS VITALES DE CADA UNO DE LOS PACIENTES ASIGNADOS CON LA PERIODICIDAD REQUERIDA SEGÚN ORDEN MÉDICO, ORDEN DE ENFERMERÍA Y PROTOCOLO INSTITUCIONAL, INFORMANDO AL MÉDICO Y ENFERMERA LAS ALTERACIONES ENCONTRADAS Y REGISTRANDO LAS EN LA HISTORIA CLÍNICA DIGITAL.	Realiza el control de signos vitales de los pacientes a cargo de acuerdo a la orden médica y al estado del paciente de acuerdo con el protocolo institucional.	Realiza control y registro de signos vitales según el protocolo institucional, dejando evidencia en historia clínica.																																																																																																																																		
3	ORIENTAR Y PREPARAR A LOS PACIENTES PARA EXÁMENES DIAGNÓSTICOS DE ACUERDO CON LOS PROTOCOLOS DE MANEJO Y TECNOLOGÍA REQUERIDA SEGÚN NORMAS ESTABLECIDAS PARA CADA PROCEDIMIENTO.	Participa en la preparación de los pacientes a cargo para exámenes diagnósticos de acuerdo con lo requerido por cada procedimiento.	Brinda información adecuada y preparación a el paciente y familiar sobre procedimientos a seguir según la orden médica.																																																																																																																																		
4	REALIZAR ACTIVIDADES PROPIAS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA PREVIENDO ACCIONES INSEGURAS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.	Aplica las medidas necesarias para prevenir los eventos adversos, como son las barreras de seguridad implementadas en la institución.	Aplica el protocolo e institucional según el procedimiento a realizar.																																																																																																																																		
5	NOTIFICAR INMEDIATAMENTE LAS ACCIONES INSEGURAS OCURRIDAS A SUS PACIENTES AL MÉDICO DE TURNO, JEFE INMEDIATO Y EN EL SISTEMA DE REPORTE.	Aplica las medidas necesarias para prevenir los eventos adversos, como son las barreras de seguridad implementadas en la institución.	Realiza notificación en la intranet sobre reporte de sucesos adversos de paciente.																																																																																																																																		
6	INFORMAR A LA ENFERMERA JEFE DEL SERVICIO Y AL MÉDICO TRATANTE, SOBRE LOS CAMBIOS DEL ESTADO CLÍNICO DE LOS PACIENTES EN FORMA OPORTUNA Y ADECUADA.	Informa al médico y enfermera todo cambio en el estado clínico de los pacientes de forma oportuna.	Brinda información adecuada a la jefe y médico de turno sobre el paciente y novedades.																																																																																																																																		
7	REVISAR LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS PACIENTES ASIGNADOS CONOCIENDO SU EVOLUCIÓN DIARIA, TRATAMIENTO, PARA REALIZAR EL PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA INTEGRAL DEL PACIENTE.	Revisa la historia clínica de los pacientes asignados realizando el plan de cuidados de acuerdo con el estado de los mismos.	Revisa ordenes médicas.																																																																																																																																		
8	MANTENER LIMPIO Y ORDENADO LA UNIDAD DE LOS PACIENTES ASIGNADOS DURANTE EL TURNO.	Revisa la historia clínica de los pacientes asignados realizando el plan de cuidados de acuerdo con el estado de los mismos.	Realiza desinfección rutinaria y terminal del área del paciente y del servicio.																																																																																																																																		
9	REALIZAR REGISTROS CLÍNICOS EN FORMA OPORTUNA, DILIGENCIANDO TODAS LAS VARIABLES CORRECTAMENTE Y DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 1992 DE 1999 Y MANTENER ORGANIZADAS LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE ACUERDO AL MANUAL Y NORMATIVIDAD VIGENTE DE LA ENTIDAD.	Realiza el cumplimiento con las normas del registro clínico de la salud con la resolución 1992/1999.	Realiza nota de enfermería y demás actividades de historia clínica de forma sistemática.																																																																																																																																		
10	CUMPLIR LAS NORMAS INSTITUCIONALES DE BIOSEGURIDAD VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, GESTIÓN AMBIENTAL, SALUD OCUPACIONAL Y DEMÁS POLÍTICAS INSTITUCIONALES.	Cumple con las normas del comité de epidemiología.	Cumple con las normas de epidemiología.																																																																																																																																		
11	RESPONDER POR LOS INVENTARIOS, CONSERVACIÓN Y USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSUMOS AL QUAL QUE EL CUIDADO DE LA INFRAESTRUCTURA DEL SERVICIO Y/O ÁREA DONDE SE ENCUENTRE DESARROLLANDO LAS ACTIVIDADES.	Realiza el cuidado y la custodia de los equipos, insumos e insumos del servicio asignado.	Cumple con diligenciamiento adecuado con formatos de inventario e insumos según el servicio asignado.																																																																																																																																		
12	CUMPLIR CON LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS GUÍAS Y DEMÁS NORMAS DEFINIDAS POR LA ENTIDAD, DE CONFORMIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO.	Mantiene en orden las historias clínicas imputadas de acuerdo con el manual de historias clínicas.	Cumple jornada laboral y actividades asignadas como auxiliar de enfermería.																																																																																																																																		
13	ASISTIR A REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA ENTIDAD.	Asiste a las reuniones de grupo funcional y capacitaciones que se programan por la institución.	Se asiste a reuniones y se firma hoja de asistencia.																																																																																																																																		
14	REALIZAR LA DESINFECCIÓN DE MANERA OPORTUNA DE LA UNIDAD DEL PACIENTE DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES.	Realiza la desinfección oportuna de las camas de acuerdo con el protocolo.	Realiza adecuadamente la caspeta de desinfección.																																																																																																																																		
15	REALIZAR LA TOMA OPORTUNA DE LAS MUESTRAS DE LABORATORIO QUE REQUIERAN LOS PACIENTES CON EL FIN DE AGILIZAR EL TRATAMIENTO.	Realiza según el protocolo con técnica aséptica y antibiótica la punción venosa para toma de laboratorio.	REALIZA TOMA DE LABORATORIOS ADECUADA SEGÚN PROTOCOLO.																																																																																																																																		
16	ASISTIR EN LA ALIMENTACIÓN A LOS PACIENTES ASIGNADOS CONSERVANDO LAS PRECAUCIONES ESTABLECIDAS SEGÚN EL CASO.	Asiste a los pacientes en sus necesidades alimentarias.	REALIZA ASISTENCIA ALIMENTARIA A PACIENTE SEGÚN SU NECESIDAD.																																																																																																																																		
17	REALIZAR EL CONTROL DE LÍQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS REGISTRANDO EN FORMA OPORTUNA Y ADECUADA LOS RESULTADOS DE ACUERDO AL PROTOCOLO INSTITUCIONAL.	Realiza el control de líquidos administrados y eliminados de forma oportuna según el protocolo institucional.	DILIGENCIO FORMATO DE LÍQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS DE ENFERMERÍA.																																																																																																																																		
18	PORTAR EL UNIFORME TENIENDO EN CUENTA LAS NORMAS DE HIGIENE Y BIOSEGURIDAD DE LA SUBRED.	Porta el uniforme de forma adecuada y con normas de bioseguridad y prevención de riesgos.	CUMPLE ACABALADA LA DIRECCIÓN DEL PORTAFOLIO DEL UNIFORME.																																																																																																																																		
19	OFRECER TRATO CON CALIDEZ Y CALIDAD AL PACIENTE Y LA FAMILIA, DANDO UNA ATENCIÓN HUMANIZADA, CONSERVANDO EL RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA.	Brinda un cuidado humanizado a los pacientes y a sus familias.	BRINDO EDUCACIÓN HUMANIZADA A PACIENTE Y FAMILIARES.																																																																																																																																		
20	IMPARTIR EDUCACIÓN AL PACIENTE Y A LA FAMILIA SOBRE LOS CUIDADOS ESPECÍFICOS A TENER EN CASA DE ACUERDO A LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE.	Brinda educación a los pacientes y sus familias de acuerdo con la política de salud.	BRINDO EDUCACIÓN A PACIENTE Y FAMILIARES.																																																																																																																																		
21	MANTENER LA RESERVA DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA Y PERSONAL DE LOS PACIENTES.	Mantiene la confidencialidad de la información de los pacientes.	REALIZA CONFIDENCIALIDAD DE HISTORIA CLÍNICA.																																																																																																																																		
22	EJERCER LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LA FORMACIÓN TÉCNICA DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS Y/O REGLAMENTOS DE ACUERDO AL OBJETO CONTRACTUAL Y LAS NECESIDADES DEL SERVICIO QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO.	Mantiene actividades de formación técnica actualizada según normas y reglamento de acuerdo al objetivo contractual y las necesidades del servicio que hace parte integral del presente contrato.	REALIZA ACTUALIZACIONES DE LOS CURSOS Y DEMÁS ACTIVIDADES DE LA FORMACIÓN TÉCNICA.																																																																																																																																		
Observaciones: Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro.																																																																																																																																					
C.C. 35.486.854 de		BOGOTÁ																																																																																																																																			
VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS																																																																																																																																					
NOMBRE:	MAYRILY Martínez Melba Quintanilla																																																																																																																																				
CARGO:	Enfermera																																																																																																																																				
FIRMA:																																																																																																																																					

180h

P/P

SOPORTE DE PAGO GENERAL

[illegible]

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES																				
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	NÚM. COTIZANTES	NÚMERO AUTORIZACIÓN		PAGO A OTROS RIESGOS		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	APORTES		MORA	TOTALES						
				VALOR	PLAZA	VALOR	PLAZA	VALOR	DESCUENTO		VALOR PAGADO									
14-11	14-11 - ARL SUBA		1			\$ 0				\$ 0	\$ 22.200	\$ 22.200	0	\$ 0	\$ 22.20					
															\$ 0	\$ 22.200	0	\$ 0	\$ 22.20	
SUB-TOTALES:																				

[illegible]

\$ 135.80(

TOTAL

CUENTA DE COBRO (Consecutivo) No. 4 del Mes de Abril de 2021

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.
Nit. 900.959.051.7

DEBE A:

Nombre: Maria flor Alba Escobar Patiño
C.C. No. _____

La suma de: \$ 1.652.400

Total Horas: 180 horas

Por concepto de:

- Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS2333 2021, correspondiente al mes de Abril 2021.

OBJETO: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICION DE Auxiliar de enfermería PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,


C.C. No. 351486854 de 1378
Dirección Calle 60A sur 96-78
Teléfono: 4074452



NOTIFICACIÓN DE RESOLUCIÓN QUE RESUELVE UNA SOLICITUD DE PRESTACIÓN ECONOMICA

COLPENSIONES	
VICEPRESIDENCIA SERVICIO AL CIUDADANO	
Trámite de Notificación: 2016_12700800	
PUNTO COLPENSIONES: SUPERCARE AMERICAS	
SUBTRÁMITE(S) DE RECONOCIMIENTO: 2016_10419485	
OTROS SUBTRÁMITES:	
TIPO DOCUMENTO CAUSANTE: CC	
NÚMERO DOCUMENTO CAUSANTE: 35486854	
NOMBRE CAUSANTE: MARIA FLOR ALBA ESCOBAR PATIÑO	
En BOGOTÁ - BOGOTÁ D.C. el 28 de octubre de 2016	
Se presentó MARIA ESCOBAR PATIÑO, identificado con CC 35486854 en calidad de Interesado. Con el fin de notificarse de la resolución N° GNR 260626 del 2 de septiembre de 2016, mediante la cual <u>se reconoce y ordena el pago de las mensualidades de la Vejez</u>	
Enterado de su contenido, se informa que contra la presente <u>SI</u> ☒ <u>NO</u> ☐ procede los recursos de reposición y subsidio de apelación, los cuales deben ser interpuestos dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 76 de la ley 1437 del 2011.	
Para constancia de lo anterior, se suscribe por las personas que intervinieron en la diligencia.	
En el evento que el reconocimiento de la prestación corresponda al cumplimiento de una orden judicial en la que hubiera condenado a la administradora del régimen de prima media al pago y/o reconocimiento de una prestación económica, declaro bajo juramento que <u>SI</u> ☒ <u>NO</u> ☐ <u>NO APLICA</u> ☐ he iniciado proceso ejecutivo para hacer efectivo el cumplimiento de dicha orden y/o que no he recibido pago alguno por este concepto so pena de incurrir en el delito de fraude procesal tipificado en el artículo 453 del código penal. Así mismo declaro bajo gravedad de juramento. So pena de incurrir en conducta tipificada en el artículo 442 del código penal Colombiano modificada por el artículo 8 de la ley 890 de 2004 "falso testimonio". El que en actuación judicial o Administrativa, bajo la gravedad de juramento ante autoridad competente, fulte a la verdad o calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de cuatro a ocho años, que <u>NO</u> he solicitado, ni devengo pensión alguna que provenga del erario público que contravenga con el artículo 128 de Constitución Política Colombiana. Igualmente no devengo pensión del sector público o privado de carácter compartida conforme al decreto 758 de 1990.	
OBSERVACIONES:	
FIRMA: <u>[Firma]</u> NOMBRE NOTIFICADO: MARIA ESCOBAR PATIÑO CC 35486854	FIRMA: <u>[Firma]</u> NOMBRE NOTIFICADOR: María Isabel Barragán Martínez CC 1014194280

Su futuro lo construimos entre los dos

www.colpensiones.gov.co
Carrera 10 No 72 - 33 Torre B Piso 11 - Bogotá / Línea Nacional 01 8000 41 09

1 Contratos

2 Bienes y servicios

3 Documentos del proveedor

4 Documentos del usuario

5 Información contractual

6 Ejecución del Contrato

7 Historial de modificaciones

8 Documentos

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Forzar Factura Recibir de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si No

Id de pago	Numero 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
☐ FEBRERO MARIA FLOR ESCOBAR PATIÑO.pdf	FEBRERO MARIA FLOR ESCOBAR PATIÑO.pdf	Compras
☐ FEBRERO MARIA FLOR ESCOBAR PATIÑO.pdf	FEBRERO MARIA FLOR ESCOBAR PATIÑO.pdf	Proveedor
☐ MARIA FLOR ALBA ESCOBAR PATIÑO.pdf	MARIA FLOR ALBA ESCOBAR PATIÑO.pdf	Proveedor
☐ formario.png	formario.png	Proveedor

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

© VORTAL 2019. Todos los derechos reservados. Soporte Técnico: ayuda@vortal.com.co

01800-62-0608 www.cadibacajunio.gov.co Soporte: Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

Buenos días

Mostrar todo

100%

31/05/2021