

|                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                                  |         |              |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------|---------|--------------|--------------|
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                           |                                |                                                  |         |              |              |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)                                                                                                                                                                                                                                         |                                |                                                  |         |              |              |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                            | MARIA CLARETH MOLINA RODRIGUEZ |                                                  |         | CC:          | 52441443     |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                             | MCMOLINAR21@GMAIL.COM          |                                                  |         | TELÉFONO:    | 3125123498   |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                            | KR 8 1F 39                     |                                                  |         | CIUDAD:      | BOGOTA       |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                                                                                                                                                                                                                                        | BANCO DAVIVIENDA S.A.          | TIPO DE CUENTA:                                  | AHORROS | N° CUENTA:   | 008400734920 |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                           |                                |                                                  |         |              |              |
| N° DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                | PS 1363 2026                   | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO |         | \$ 4.474.880 |              |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                        | 2026/02/01                     | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   |         | 2026/07/31   |              |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                                        | DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31   |                                                  |         |              |              |
| <div><div>MARIA CLARETH MOLINA RODRIGUEZ<br/>PS_1363_2026_00D66E</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:<br/>MARIA CLARETH MOLINA RODRIGUEZ<br/>CC: 52441443<br/>CEL: 3125123498</div> |                                |                                                  |         |              |              |

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y  
MARIA CLARETH MOLINA RODRIGUEZ

CON C.C N°52.441.443

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS COMO PSICOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-MEDICINA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOSPROFESIONALES No.PS 1363 2026FECHA INICIO CONTRATO2026/02/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$18.094.080No. HORAS EJECUTADAS184

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$26.362.880VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$4.474.880

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASSEIS (6) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL LA VICTORIA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA

| 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    | .DILIGENCIAR LOS REGISTROS DE LAS ATENCIONES, PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES E INTERVENCIONES, QUE PERMITA MANTENER ACTUALIZADOS LOS INFORMES ESTADISTICOSDEFINIDOS POR LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y TODOS AQUELLOS REGISTROS NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS DE COSTOS Y FACTURACION. |
| 2    | EL CONTRATISTA DEBERA RESPONDER POR LA SEGURIDAD DE LOS EQUIPOS QUE SE ENCUENTREN BAJOSU CUSTODIA                                                                                                                                                                                                |
| 3    | PRESTAR EL SERVICIO DE CONFORMIDAD CON LA PROGRAMACION DE AGENDA ACORDADA CON EL SUPERVISOR DELCONTRATO, PARA EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES                                                                                                                                                   |
| 4    | REGISTRAR EN LA HISTORIA CLINICA TODAS LAS ACCIONES RELATIVAS AL CUIDADODEL PACIENTE PARA DEJAR CONSTANCIA CIENTIFICA Y LEGAL DE LO ACTUADO.                                                                                                                                                     |
| 5    | EVALUAR EL RESULTADO DE LAS ACCIONES MEDICAS TOMADAS DURANTE EL SERVICIO CON ELFIN DE AJUSTAR LAS CONDUCTAS.                                                                                                                                                                                     |
| 6    | PARTICIPAR EN EL DISEÑO Y LA PLANEACION ESTRATEGICA DE LA UNIDAD FUNCIONAL PARA EL LOGRO DE LA VISION INSTITUCIONAL. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO.                                                                            |

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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

|                    |                 |               |              |
|--------------------|-----------------|---------------|--------------|
| No. DE PLANILLA:   | N° 93462457     | OPERADOR:     | MI PLANILLA  |
| CONCEPTO DEL PAGO  | ENTIDAD         | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD:             | SURA            | 2026/07/14    | \$ 219.000   |
| PENSIÓN:           | COLPENSIONES    | 2026/07/14    | \$ 280.400   |
| RIESGOS LABORALES: | SEGUROS BOLIVAR | 2026/07/14    | \$ 42.700    |
| OTRO               |                 |               |              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                   |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| TOTAL PAGADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                   | \$ 542.100 |
| V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                   |            |
| 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.<br>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)<br>3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .<br>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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <div><div>MARIA CLARETH MOLINA RODRIGUEZ</div><div>PS_1363_2026_00D66E</div></div> <div>MARIA CLARETH MOLINA RODRIGUEZ</div> <div>CC: 52441443</div>             |            |
| FIRMA DE QUIEN VALIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <div><div>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS</div><div>PS_1363_2026_00D66E</div></div> <div>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS</div> <div>SUPERVISOR ALTERNO</div>         |            |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <div><div>MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA</div><div>PS_1363_2026_00D66E</div></div> <div>MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA</div> <div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div> |            |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                   |                 |              |                       |                                           |
|---------------------|-------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------|-----------------------|-------------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                  | DIRECCIÓN       | TELÉFONO     | CORREO                | EXONERADO PAGO<br>PARAFISCALES Y<br>SALUD |
| CC                  | 52441443          | MARIA CLARETH MOLINA<br>RODRIGUEZ | CRA 8 No. 1F-39 | 2467746      | mcmolinar21@gmail.com |                                           |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                   | CÓDIGO          | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO    |                                           |
| ÚNICA               | I – Independiente |                                   |                 | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C.          |                                           |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                       |                 |                              |                    |              |
|----------------------|---------------------------------------|-----------------|------------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA<br>(DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO<br>(DÍAS/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                       | 93462457        | 14/07/2026                   | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                       | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA                 | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-06              | 2026-06                               | I               | \$0                          | \$543.900          |              |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |          |             |                        |               | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---------------|----------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS010        | EPS Sura | 800088702-2 | 219.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 4         | 700                   | 0              | 219.700       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |              |             |                        |  | 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 |
|-----------------|--------------|-------------|------------------------|--|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre       | NIT         | Cotización Obligatoria |  |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
| 25-14           | Colpensiones | 900336004-7 | 280.400                |  | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 4         | 900                   | 0              | 281.300       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |                      |             |                        |  | 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 |
|---------------------------|----------------------|-------------|------------------------|--|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre               | NIT         | Cotización Obligatoria |  | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-7                      | Seguros Bolívar S.A. | 860002503-2 | 42.700                 |  |                  |       |                        | 42.700                | 4         | 200                   | 42.900              |                            |                     | 427               | 42.900        | 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                    | 4         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 4         | 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                              | 219.000                             | 219.700       |
| Pensión                | 1                              | 280.400                             | 281.300       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 42.700                              | 42.900        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 542.100                             | 543.900       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                |        |                 |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|--------------------------------|--------|-----------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE               |        | DIRECCIÓN       | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 52441443          | MARIA CLARETH MOLINA RODRIGUEZ |        | CRA 8 No. 1F-39 | 2467746            | mcmolinar21@gmail.com               |
| 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 |
|                      |                                   | 93462457        | 14/07/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-06              | 2026-06                           | I               | \$0                      | \$543.900          |              |

DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE |                                 |                                |           |          |            |                 | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     |            | SALUD    |           |      |            | RIESGOS LABORALES   |                      |                                |                                 | CCF      |           |      |                        | PARAFISCALES |           |      |                 |            |            |         |      |            |                        |             |             |             |            |   |   |   |
|-----------------------|---------------------------------|--------------------------------|-----------|----------|------------|-----------------|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|------------|----------|-----------|------|------------|---------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------|------------------------|--------------|-----------|------|-----------------|------------|------------|---------|------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|---|---|
| No.                   | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres            | Cotizante | Salud-pa | Extranjero | Colom. exterior | Exonente              | INS | RET | TDE | TAF | TAP | TAP | TAP | TAP | SEN | ICE     | LVA | 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 52441443                     | MOLINA RODRIGUEZ MARIA CLARETH | 59        | 0        |            |                 | N                     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |            | 25-14    | 1.752.000 | 30   | 280.400    | 0                   | 0                    | 0                              | 0                               | EPS010   | 1.752.000 | 30   | 219.000                | 14-7         | 1.752.000 | 30   | 3               | 42.700     |            | 0       | 0    | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 | 0 | 0 |

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **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

Cancelar

<

Evaluación del comprador

>

**VER CONTRATO**

**Ejecución del 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 existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados |                   |                 |                    |                           |        |

Crear

Documentos de ejecución del contrato

*Documentos de ejecución del contrato*

|                          | Descripción                                              | Nombre del archivo                               | Subido por |                           |                         |
|--------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. PS 1363 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf         | 1. PS 1363 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf | Proveedor  | <a href="#">descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | 2. PS 1363 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf           | 2. PS 1363 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf   | Proveedor  | <a href="#">descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | 1 PS 1363 2026 CRP -8635.pdf                             | 1 PS 1363 2026 CRP -8635.pdf                     | Comprador  | <a href="#">descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | 3. PS 1363 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf           | 3. PS 1363 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf   | Proveedor  | <a href="#">descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
|                          | 4. PS 163 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf (Archivado) | 4. PS 163 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf     | Proveedor  | <a href="#">descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | 4. PS 1363 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf            | 4. PS 1363 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf    | Proveedor  | <a href="#">descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | 5. PS 1363 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf           | 5. PS 1363 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf   | Proveedor  | <a href="#">descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |

Eliminar seleccionados

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación del comprador

>

© VORTAL 2019 [Términos de uso](#) [Normativa](#) [Soporte Remoto](#) [Ayuda](#)

Español (Colombia)

▼

**018000-52-0808** [www.colombiacompra.gov.co/soporte](http://www.colombiacompra.gov.co/soporte) Lunes a Viernes 7:00 am a 7:00 pm

https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniquelIdentifier=CO1.SLCNTR.16931441

1/1