

|                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                                  |         |              |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------|---------|--------------|--------------|
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                           |                                |                                                  |         |              |              |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2026)                                                                                                                                                                                                                                         |                                |                                                  |         |              |              |
| 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 |         | \$ 4.718.080 |              |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                        | 2026/02/01                     | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   |         | 2026/10/31   |              |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                                        | DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30   |                                                  |         |              |              |
| <div><div>MARIA CLARETH MOLINA RODRIGUEZ<br/>PS_1363_2026_C8DC11</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 SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 1363 2026    | FECHA INICIO CONTRATO                     | 2026/02/01   |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                            | \$ 18.094.080   | No. HORAS EJECUTADAS                      | 194          |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:          | \$ 39.276.800   | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 4.718.080 |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS               | NUEVE (9) 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    | APOYAR LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DE SERVICIO ENLA REVISTA MEDICA U OTRO ESPACIO DIRIGIDAS A LOS ESTUDIANTES Y/O PERSOL DEL SERVICIO, PARA EL DESARROLLO Y FORMACION DEL RECURSO HUMANO EN SALUD.                  |
| 2    | PARTICIPAR EN LAS INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS ESPECIFICOS DE CASOS TENDIENTES A RESOLVER CAUSAS YSOLUCIONES A PROBLEMAS PROPIOS DE SU ESPECIALIDAD RELACIODOS CON ESTA.                                              |
| 3    | REGISTRAR EN LA HISTORIA CLINICA TODAS LAS ACCIONES RELATIVAS AL CUIDADODEL PACIENTE PARA DEJAR CONSTANCIA CIENTIFICA Y LEGAL DE LO ACTUADO.                                                                        |
| 4    | PARTICIPAR EN EL DISEÑO Y LA PLANEACION ESTRATEGICA DE LA UNIDAD FUNCIONOL PARA EL LOGRO DE LA VISION INSTITUCIONOL. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSOL 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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

| IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL |                 |               |              |
|-----------------------------------------------|-----------------|---------------|--------------|
| No. DE PLANILLA:                              | N° 95075754     | OPERADOR:     | MI PLANILLA  |
| CONCEPTO DEL PAGO                             | ENTIDAD         | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD:                                        | SURA            | 2026/09/09    | \$ 219.000   |
| PENSIÓN:                                      | COLPENSIONES    | 2026/09/09    | \$ 280.400   |
| RIESGOS LABORALES:                            | SEGUROS BOLIVAR | 2026/09/09    | \$ 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.
- 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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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**



MARIA CLARETH MOLINA RODRIGUEZ

PS\_1363\_2026\_C8DC11

**MARIA CLARETH MOLINA RODRIGUEZ**

**CC: 52441443**

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**



MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA

PS\_1363\_2026\_C8DC11

**MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

| 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 |
|                      |                                       | 95075754        | 09/09/2026                   | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                       | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA                 | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-08              | 2026-08                               | I               | \$0                          | \$542.100          |              |

## 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     | 0         | 0                     | 0              | 219.000       | 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                         | 0         | 0                     |                | 280.400       | 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                | 0         | 0                     | 42.700              |                            |                     | 427               | 42.700        | 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                              | 219.000                             | 219.000       |
| Pensión                | 1                              | 280.400                             | 280.400       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 42.700                              | 42.700        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 542.100                             | 542.100       |

| 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 |
|                      |                                   | 95075754        | 09/09/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-08              | 2026-08                           | I               | \$0                      | \$542.100          |              |

| DETALLE POR COTIZANTE |                                       |                                |  |  |                       |       |            |                 |          |     |     |     |         |     |     |     |     |     |       |     |     |     |                   |     |             |           |      |            |                        |                         |                                      |                                       |          |           |      |                           |          |           |      |                    |            |               |         |      |               |                           |                |                |                |               |   |
|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|--|--|-----------------------|-------|------------|-----------------|----------|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-------|-----|-----|-----|-------------------|-----|-------------|-----------|------|------------|------------------------|-------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|----------|-----------|------|---------------------------|----------|-----------|------|--------------------|------------|---------------|---------|------|---------------|---------------------------|----------------|----------------|----------------|---------------|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |                                       |                                |  |  | INFORMACIÓN NOVEDADES |       |            |                 |          |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     | SALUD |     |     |     | RIESGOS LABORALES |     |             |           | CCF  |            |                        |                         | PARAFISCALES                         |                                       |          |           |      |                           |          |           |      |                    |            |               |         |      |               |                           |                |                |                |               |   |
| No.                   | Tipo y<br>Número de<br>Identificación | Apellidos y Nombres            |  |  | Cotizante             | Salud | Extranjero | Colom. exterior | Exonente | INS | RET | TDE | TAF     | TAP | TAP | VST | SEN | SEN | SEN   | SEN | SEN | SEN | SEN               | SEN | Cód.<br>AFP | IBC AFP   | Días | Cotización | Voluntario<br>Afiliado | Voluntario<br>Aportante | Fondo<br>pensional de<br>solidaridad | Fondo<br>pensional de<br>subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Días | Cotización /<br>Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Días | Clase de<br>Riesgo | Cotización | Código<br>CCF | IBC CCF | Días | Aporte<br>CCF | IBC otros<br>parafiscales | Aporte<br>SENA | Aporte<br>ICBF | Aporte<br>ESAP | Aporte<br>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 |

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

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?

Sí

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 |                     |                                                                                      |
|--------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. PS 1363 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf         | 1. PS 1363 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf | Proveedor   | Descargar           | Detalle                                                                              |
| <input type="checkbox"/> | 2. PS 1363 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf           | 2. PS 1363 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf   | Proveedor   | Descargar           | Detalle                                                                              |
| <input type="checkbox"/> | 1 PS 1363 2026 CRP -8635.pdf                             | 1 PS 1363 2026 CRP -8635.pdf                     | Comprador   | Descargar           | Detalle                                                                              |
| <input type="checkbox"/> | 3. PS 1363 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf           | 3. PS 1363 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf   | Proveedor   | Descargar           | Detalle                                                                              |
|                          | 4. PS 163 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf (Archivado) | 4. PS 163 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf     | Proveedor   | Descargar           | Detalle                                                                              |
| <input type="checkbox"/> | 4. PS 1363 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf            | 4. PS 1363 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf    | Proveedor   | Descargar           | Detalle                                                                              |
| <input type="checkbox"/> | 5. PS 1363 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf           | 5. PS 1363 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf   | Proveedor   | Descargar           | Detalle                                                                              |
| <input type="checkbox"/> | 6. PS 1363 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf           | 6. PS 1363 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf   | Proveedor   | Descargar           | Detalle                                                                              |
| <input type="checkbox"/> | 2 PS 1363 2026 CRP -15681.PDF                            | 2 PS 1363 2026 CRP -15681.PDF                    | Comprador   | Descargar           | Detalle                                                                              |
| <input type="checkbox"/> | CAMBIO SUPERVISOR PS 1363 2026 18-08-2026.pdf            | CAMBIO SUPERVISOR PS 1363 2026 18-08-2026.pdf    | Comprador   | Descargar           | Detalle                                                                              |
| <input type="checkbox"/> | 7. PS 1363 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026.pdf          | 7. PS 1363 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026.pdf  | Proveedor   | Descargar           | Detalle                                                                              |
|                          |                                                          |                                                  |             | <div>Borrar</div>   | <div>Cargar nuevo</div>                                                              |
|                          |                                                          |                                                  |             | <div>Cancelar</div> | <div><div>&lt;</div><div>Evaluación de la Entidad Estatal</div><div>&gt;</div></div> |

© 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 a.m. a 7:00 p.m.

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

1/1