Entidad:	Vigencia:	Periodicidad:
900.226.715	2018	Trimestral

Nombre entidad:	Nit:
ESE HOSPITAL LOCAL DE PUERTO TEJADA	900.226.715

Formulario:	Nombre formulario:
1	Formulario Contratación

Tabla Contratos

| A | Fecha de inicio del periodo que se informa | Fecha de terminación del periodo que se informa | Código entidad | Nombre de la entidad pública que informa | Nombre entidad que ejecuta el presupuesto | Código | Código | Tipo de participación del Contratista Plataforma | Nombre del sector | Objeto de la Adición | V | W | X | Fecha de inicio de ejecución del contrato | Fecha de terminación de ejecución del contrato | Objeto del contrato | Objeto del contrato | Y | Objeto del contrato | Cuantía(pesos) | Monto adicionado en la moneda | Fecha de suscripción del contrato | Objeto del contrato | AG | Tipo de contrato | Modalidad | Sistema de contratación | Forma de pago | Fecha de terminación del contrato | Fecha de liquidación del contrato | Valor inicial | Valor final | Valor total de adiciones | Valor total de reducciones | Valor total adicionado | Valor total reducido | Valor total adiciones en tiempo | Valor total reducciones en tiempo | Valor del anticipo | Valor de pagos a contratistas | Valor de facturación | Valor de la factura | Fecha de la factura | Número de factura | Tipo de la Entidad Pública que | Nombre de la Entidad Pública que | Número de contrato | Objeto del contrato | Nombre del contratista | Identificación del contratista | Valor final | Fecha de inicio del contrato | Fecha de terminación del contrato | Objeto del contrato | Valor del contrato | Fecha de suscripción del contrato