Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 3585 2021	**C.D.P. No.:**	306	**Proceso al que pertenece:**	PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO A LA CIUDADANIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: Amina Lucia Negrette Ruiz **C.C.** 25.871.113 **de:** C. De Oro Cordoba

Fecha Inicio: 2021-02-09 **Fecha Terminación incial:** 2021-03-31 **Valor Mensual:** $ 3.366.000 **Valor a cobrar:** $ 3.264.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3.366.000	775	2021-04-01	2021-04-30
2	$ 5.049.000	1203	2021-05-01	2021-06-15
3	$ 6.732.000	1685	2021-06-16	2021-08-15
4	$ 3.366.000	2387	2021-08-16	2021-09-15
5	$ 1.683.000	2729	2021-09-16	2021-09-30
6	$ 1.683.000	3069	2021-10-01	2021-10-15
7	$ 1.683.000	3255	2021-10-16	2021-10-31
8	$ 3.366.000	3515	2021-11-01	2021-11-30
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 3.366.000	$ 406.300	1034803354
2	MARZO	$ 3.366.000	$ 416.600	1036188698
3	ABRIL	$ 3.366.000	$ 416.600	1036189209
4	MAYO	$ 3.366.000	$ 416.600	1036858074
5	JUNIO	$ 3.264.000	$ 416.600	1036858074
6	JULIO	$ 3.366.000	$ 416.600	1038178975
7	AGOSTO	$ 3.366.000	$ 416.600	1038851686
8	SEPTIEMBRE	$ 1.343.000	$ 416.600	1039493094
9	SEPTIEMBRE	$ 2.023.000	$ 416.600	1039493094
10	OCTUBRE 1-7	$ 782.000	$ 416.600	1040132986
11	OCTUBRE 8 AL 31	$ 2.584.000	$ 416.600	1040132986
12	NOVIEMBRE	$ 3.264.000	$ 416.600	1040759257
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6.732.000	$ 33.660.000	$ 33.456.000	$ 204.000

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES (DE SU PROFESIÓN) CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISION Y LA VISIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2021-11-01 **Hasta:** 2021-11-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Realizar la Orientación, Direccionamiento y/o aclaraciones acerca de trámites administrativos necesarios para recibir atención en Salud.	A diario se realiza Orientación, direccionamiento y/o aclaraciones acerca de trámites administrativos necesarios para recibir atención en Salud a los usuarios que acuden a UMHES SANTA CLARA	Se realiazron 60 notas con corte al 16 de nov y se proyectan 60 al igual en interconsulta 16 y se proyectan 10
2	Realizar el ingreso y actualización permanente en base de datos interna de pacientes en abandono social, población extranjera, habitante de calle e instrumentos provisionales que se lleven a cabo, mediante la gestión realizada desde el área de Trabajo Social	A diario se Ingresa y actualiza la base de datos interna de pacientes en abandono social, población extranjera, habitante de calle e instrumentos provisionales que se lleven a cabo, mediante la gestión realizada desde el área de Trabajo Social.	Noviembre se reportaron con corte al 16 de nov 4 abandonos a la secretaria de Integración ,y se ubico 1 paciente , se proyectan hasta fuinalizar nov 2 abandonos se realizaron 6 estudios sociales
3	Hacer seguimiento a censo hospitalario diario destinado a identificar y disminuir barreras de acceso, dificultades de aseguramiento y situaciones de vulnerabilidad social; registrar en el formato establecido para dicha actividad y reportar a la OFICINA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	A diario se hace seguimiento a censo hospitalario destinado a identificar y disminuir barreras de acceso, dificultades de aseguramiento y situaciones de vulnerabilidad social.	Drive actualizado a la fecha, indicando datos personales del paciente como gestion realizada por trabajo social donde se describe redes de apoyo sociales y familiares , se realiza censo diario
4	Realizar la solicitud de oxigeno domiciliario para usuarios y pacientes que así lo requieran mediante diagnóstico y autorización médica, de igual modo realizar proceso de seguimiento, evolución y ubicación de pacientes en abandono social en las USS de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	Cuando es requerido por los médicos hospitalarios y médicos internistas se realiza el respectivo tramite pertinente para el oxigeno domiciliario de los pacientes que se encuentran hospitalizados, ademas se realiza el debido proceso para quienes se encuentran en abandono social.	Con corte al 16 de nov reporte 5 trámite de oxigeno , se proyecta hasta final de nov reportar 5 trámite de oxigeno En articulacion con la oficina de autorizaciones se realiza tramite de oxigeno con registro de
5	Realizar los trámites respectivos para habitante de calle sin certificar, pacientes indocumentados, pacientes extranjeros según cada caso, de igual modo la gestión de identificación de los pacientes fallecidos en las diferentes USS de la Subrod Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E	Cuando se presenta Ingreso de ciudadanos habitantes de calle a la UMHES SANTA CLARA se realizo gestion a con SECRETARIA DISRITAL DE INTEGRACION SOCIAL, a fin de certificar dicha población	Soporte correo electronico tsesesantaclara@gmail.com, donde se envian las solicitados para la respectiva caracterizacion con corte hasta el 16 de nov se reportaron 6 habitante de calle para
6	Realizar el ingreso en el aplicativo SIDMA de orientaciones grupales y de barreras de acceso identificadas durante la gestión diaria, con el fin de evaluar las dificultades de accesibilidad que pueden presentar los usuarios en los servicios de salud	A diario se Ingreso en el aplicativo SIDMA las orientaciones grupales y barreras de acceso identificadas	Soporte aplicativo SIDMA se realizan mensualmente 20 ingresos al aplicativo sidma
7	Hacer seguimiento a Gestantes con dificultades administrativas por afiliación en otros municipios, realizando la orientación respectiva	Cuando fue requerido se realizo Seguimiento a Gestantes con dificultades administrativas por afiliación	, hasta el momento no se han realizado seguimiento de gestante en esta unidad Evidencia en notas de historia clinica en Dinamica gerencial, correo electronico de reporteparticularessantaclara@gmail.com y grupo whatsapp de trabajo social
8	Asistir técnicamente, asesorar y capacitar a los usuarios en las acciones colectivas e individuales para la exigibilidad del derecho a la salud y aplicar las encuestas de satisfacción asignadas al proceso	A traves de la atencion presencial se realiza capacitaciones a los usuarios y familiares sobre derechos y deberes	En el mes de mayo se sencibilizo a redes de apoyo sociales y familiares sobre circular 036 - restriccion de visitas , en el mes de noviembre se realizaron 24 usuarios

9	Gestionar la ubicación de pacientes en abandono social, realizando contacto con Secretaría Distrital de Integración Social y/o entidades que reciban esta población	Durante la vigencia se realiza ubicación de los paciente de acuerdo a sus caracteristicas, al igual se informo a traves de oficios por orfeo a las intituciones pertinentes	Con corte al 16 de nov se realizaron 4 reporte a secretaria de Integración Social reportados por correo con proyección hasta finales de nov 2 abandonos
10	Prestar el servicio de conformidad con la programación acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Se asistió a las reuniones programadas por el supervisor del contrato, y se realizaron todas aquellas acciones de carácter administrativo que conlleven al cumplimiento de su objetivo contractual y atender a las demás funciones que sean asignadas en la realización del objeto contractual. -	Actas de reunio

El turno de fin de semana esta programado para el 25 y 26 de 2021.

Firma del Contratista

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. 25.871.113 **de** C. De Oro Cordoba

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA YOLANDA CAMELO REYES
CARGO:	Jefe de Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano
FIRMA	

Cuenta de Cobro 012

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

CENTRO ORIENTE E.S.E.

NIT. 900959051–7

DEBE A:
AMINA LUCIA NEGRETTE RUIZ

C.C. 25871113 de Cienaga de Oro (Cordoba)

LA SUMA DE:

TRES MILLONES DOS CIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL PESOS
($ 3.264.000)

Por concepto de:

- Prestación de servicios Profesionales como trabajador social, en el área de participación comunitaria y servicio al ciudadano, en cumplimiento del contrato PS 3585 2021 correspondiente del 1 al 30 de Noviembre de 2021.

OBJETO: Prestar servicios de acuerdo a su perfil académico para desarrollar actividades (de su profesión), con disponibilidad en cumplimiento de la misión y la visión de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E

Cordialmente,



Amina Lucia Negrette Ruiz
Teléfono: 3133718850 Dirección: Calle 131b#93b-16
No. Cuenta bancaria Banco de Bogota Ahorros No.102638616
Fecha 30 de Noviembre de 2021

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-11-04, 01:45:52 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1040759257

Periodo Cotización: octubre de 2021 **Periodo Servicio:** octubre de 2021 **Referencia pago (PIN):** 8838739900

PAGADO 04/11/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	AMINA LUCIA NEGRETTE RUIZ		
Documento	CC25871113	**Dirección**	CL 131D #93 B - 16
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3133718850
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS BOLIVAR

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Ap Mini
C 25871113	AMINA LUCIA NEGRETTE RUIZ	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.346.400	$ 215.500	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.346.400	$ 168.300	2,436	$ 1.346.400	$ 32.800	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pension	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.346.400	$ 1.346.400	$ 1.346.400	$ 0	$ 215.500	$ 168.300	$ 32.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 416.600	$ 0	$ 416.600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

ESTUDIO SOCIAL DEL CASO

No. 134823

DATOS SUBRED - USS

Red de Atención: SUBRED CENTRO ORIENTE **Nombre USS:** HOSPITAL SANTA CLARA **NIT:** 8600201881

Punto de Atención: Hospital Santa Clara

Trabajador Social: AMINA LUCIA NEGRETTE RUIZ **Tarjeta Profesional:** 25871113 **Fecha Estudio:** 15/11/2021

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO O PERSONA QUE SOLICITA LA ATENCIÓN EN SALUD

Identificación:	MS: VEN32148067	**Nombre:**	MARTINEZ RIVERA JUAN DIEGO		
F. Nacimiento:	26/12/2007	**Dirección:**	CALLE 52 # 15-75		
Departamento:		**Localidad:**	CHAPINERO	**Barrio:**	JUAN XXIII
Estrato:	1	**Celular:**	3153647828	**Teléfono:**	3157350938
Email:		**Nacionalidad:**	VENEZUELA	**Etnia:**	Ninguno de los anteriores
Estado Civil:	Soltero(a)	**Sexo:**	Hombre	**Género:**	Masculino
Orient. Sexual:	Heterosexual	**M. Gestante:**	No Aplica	**Discapacidad:**	No aplica

Datos SISBEN:

Ficha:	**Puntaje:**	**Nº Solicitud:**	99999999

Datos Acudiente:

Identificación:	**Nombre:**	**Télefono:**

DESCRIPCIÓN SITUACIÓN DE ASEGURAMIENTO DEL USUARIO

INGRESA LA SEÑORA YANITZA RIVERA DE 43 AÑOS (MADRE) CON SU HIJO DE 13 AÑOS AL SERVICIO DE URGENCIA DE UMHES SANTA CLARA , POR PRESENTAR SEGÚN HISTORIA, CUADRO CLINICO DE 30 MINUTOS DE DOLOR ABDOMINAL A POSTERIOR A CUADRO DE CONCIENCIA DE NACIONALIDAD VENEZOLANA IRREGULAR , DEL ESTADO MERIDA CON ESTANCIA EN BOGOTA HACE 5 MESES , NIVEL ACADÉMICO II BACHILLERATO , ARGUMENTA MADRE DE PACIENTE NO CAPACIDAD ECONÓMICA PARA PAGAR LA ATENCIÓN EN SALUD DE MANERA PARTICULAR, SE VERIFICA EN ADRES, COMPROBADOR DE DERECHO Y DNP, NO FIGURA, SE REALIZA ESTUDIO SOCIAL DE CASO POR LA URGENCIA Y ACTA JURAMENTADA CON EL FIN DE SOPORTAR LA ATENCIÓN EN SALUD POR EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL, ELIMINANDO BARRERAS DE ACCESO Y COMO SOPORTE DEL ÁREA DE FACTURACIÓN .

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN: (Diagnóstico social)

CIUDADANA VENEZOLANA IRREGULAR, QUE INGRESA CON SU HIJO DE 13 AÑOS, SIN SEGURIDAD SOCIAL Y SIN CAPACIDAD ECONÓMICA PARA A FILIARSE A UNA EPS DEL REG CONTRIB , INGRESA POR URGENCIA DE UMHES SANTA CLARA POR PRESENTAR POR PRESENTAR SEGÚN HISTORIA, CUADRO CLINICO DE 30 MINUTOS DE DOLOR ABDOMINAL A POSTERIOR A CUADRO DE CONCIENCIA MADRE DE PACIENTE , MANIFIESTA NO TENER RECURSOS ECONÓMICOS PARA PAGAR LA ATENCIÓN EN SALUD DE MANERA PARTICULAR

ANTECEDENTES FAMILIARES

PACIENTE, PERTENECIENTE A FAMILIA NUCLEAR , REFIERE PROGENITORA DE PACIENTE QUE SON DE NACIONALIDAD VENEZOLANA , QUE SU HIJO VIVE CON SUS PADRES YANITZA RIVERA Y JUAN PABLO MARTINEZ DE 48 AÑOS Y SU HERMANO DE 21 AÑOS ,RESIDEN EN UN APARTAMENTO DONDE PAGAN ARRIENDO MENSUAL DE LA LOCALIDAD CHAPINERO CON RED FAMILIAR EN VENEZUELA , AFIRMA TENER BUENAS RELACIONES AFECTIVAS Y ASERTIVA COMUNICACIÓN CON SU RED FAMILIAR

ANTECEDENTES LABORALES-INGRESOS PERSONALES Y FAMILIARES

EN CUANTO A LO LABORAL MANIFIESTA LA SEÑORA YANITZA QUE SU PAREJA TRABAJA DANDO CLASE DE INGLES CUANDO LO SOLIICTAN LOS INGRESOS LOS DISTRIBUYE EN ARRIENDO, SERVICIOS PÚBLICOS Y ALIMENTOS

REDES-FAMILIARES-COMUNITARIAS-INSTITUCIONALES

CON RED FAMILIAR EN VENEZUELA, NIEGA RECIBIR AYUDAS DEL ESTADO

CONCEPTO SOCIAL

TENIENDO EN CUENTA EL CONTEXTO SOCIAL Y ECONÓMICO DE PACIENTE Y SU ENTORNO FAMILIAR , APOYÁNDOME EN EL DECRETO 780 Y LOS ARTÍCULOS 2,1,1,4 APLICACIÓN DE LA BUENA FE SE PRESUMIR QUE LAS AFIRMACIONES E INTERPRETACIONES CORRESPONDEN A LA VERDAD MATERIAL, SE REALIZA ESTUDIO SOCIAL DE CASO POR LA URGENCIA POR SER POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA , ASÍ MISMO COMO SOPORTE DE ATENCIÓN POR EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL , Y COMO SOPORTE DE NO PAGO DE , SE DA CUMPLIMIENTO A LA CONTRATACIÓN ACTUAL
SE ORIENTA A FAMILIAR DE PACIENTE PARA QUE LEGALICEN SU SITUACIÓN CON EL PAÍS COLOMBIA ANTE MIGRACIÓN, SE LE SUMINISTRA DIRECCIÓN DE MIGRACIÓN CALLE 100 N 11B-27

Declaro que:

- No cuento con los ingresos suficientes para afiliarme al Sistema General de Seguridad Social en Salud al Régimen Contributivo.
- Requiero de servicios de salud y no cuento con capacidad de pago para asumir el 100% del costo de dichas atenciones.
- Requiero del subsidio a la oferta de servicios de salud para la garantía de mi derecho a la Salud.

Manifiesto, que todo lo declarado anteriormente es verdadero y para tal efecto suscribo, este documento.



HUELLA

Firma: Yanitza Rivera A.
Nombre: Yanitza Rivera A.
Identificación: 14.400.423.

Responsable o funcionario que aplicó el estudio social del caso en la E.S.E

Vigencia Estudio Social del Caso: 15/05/2022

Firma:
Nombre: AMINA LUCIA NEGRETTE RUIZ
Identificación: CC: 25871113
Tarj. Profesional:

EL PROFESIONAL RESPONSABLE MEDIANTE ESTE ESTUDIO SOCIAL DE CASO DEMUESTRA LA NO CAPACIDAD DE PAGO DEL USUARIO Y ESTE DOCUMENTO ES VALIDO SOLO PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS DE SALUD EN LAS SUB REDES INTEGRADAS DE PRESTACION DE SERVICIOS, LAS UNIDADES DE PRESTACION DE SERVICIO, Y LAS INSTITUCIONES QUE

Información general
Condiciones
Bienes y servicios
Documentos del Proveedor
Documentos del contrato
Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
Modificaciones del Contrato
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		
☐	PS 3585 2021 MES FEBRERO 2021.pdf	PS 3585 2021 MES FEBRERO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3585 2021 MES MARZO 2021.pdf	PS 3585 2021 MES MARZO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3585 2021 MES ABRIL 2021.pdf	PS 3585 2021 MES ABRIL 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3585 2021 MES MAYO 2021.pdf	PS 3585 2021 MES MAYO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3585 2021 MES JUNIO 2021.pdf	PS 3585 2021 MES JUNIO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS 3585 2021 MES AGOSTO 2021.pdf	PS 3585 2021 MES AGOSTO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

(Archivado)

☐	PS 3585 2021 MES JULIO 2021.pdf	PS 3585 2021 MES JULIO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3585-2021 MES AGOSTO 2021.pdf	PS 3585-2021 MES AGOSTO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3585-2021 MES SEPTIEMBRE 2021 CUENTA N° 1.pdf	PS 3585-2021 MES SEPTIEMBRE 2021 CUENTA N° 1.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3585-2021 MES SEPTIEMBRE 2021 CUENTA N° 2.pdf	PS 3585-2021 MES SEPTIEMBRE 2021 CUENTA N° 2.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3585 2021 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2021 Cuenta N° 1.pdf	PS 3585 2021 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2021 Cuenta N° 1.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3585 2021 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2021 Cuenta N° 2.pdf	PS 3585 2021 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2021 Cuenta N° 2.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >