

|                                                                                   |                                                   |  |  |  |                                                                                     |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. |  |  |  |                                                                                     |  |
|                                                                                   | INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS    |  |  |  |  |  |

|                     |                                 |                                   |            |                                                   |               |   |        |
|---------------------|---------------------------------|-----------------------------------|------------|---------------------------------------------------|---------------|---|--------|
| DATOS DEL INFORME   |                                 |                                   |            |                                                   |               |   |        |
| Periodo Certificar: | a                               | Desde:                            | 2024-06-01 | Hasta:                                            | 2024-06-30    |   |        |
| Nombre Contratista: | del                             | ANDREA KATHERINE TRUJILLO ORTEGON |            | Número de Documento:                              | 1010228011    |   |        |
| Correo Electrónico: | andreatrujilloortegon@gmail.com |                                   |            | Número Telefónico:                                | 3152797465    |   |        |
| Nombre Supervisor:  | del                             | WILLIAM EDUARDO GOMEZ RAMIREZ     | Cargo:     | COORDINADOR PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC | Código Grado: | - | 243-20 |

|                               |                                          |               |      |                       |      |
|-------------------------------|------------------------------------------|---------------|------|-----------------------|------|
| DATOS DEL CONTRATO            |                                          |               |      |                       |      |
| No. Contrato:                 | 5007-2024                                | Año Contrato: | 2024 | CDP Contrato Inicial: | 1428 |
| Perfil:                       | TECNICO 2 PIC                            |               |      |                       |      |
| Dirección a la que Pertenece: | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD |               |      |                       |      |
| Unidad de Servicios:          | SALUD PÚBLICA                            |               |      |                       |      |

|                              |                                          |                                                                           |              |                          |            |           |                               |
|------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------|------------|-----------|-------------------------------|
| LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS     |                                          |                                                                           |              |                          |            |           |                               |
| Centro de Costos             | Dirección                                | Unidad                                                                    | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total     | Procetaje(%) Centro de Costos |
| K33PI                        | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | SALUD PÚBLICA                                                             | 184          | 0                        | 13372      | \$2460448 | 100%                          |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 2460448                               | DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHOPESOS |              |                          |            |           |                               |

|                                     |                     |                                           |            |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------|------------|
| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO |                     |                                           |            |
| Fecha de Inicio del Contrato        | 2024-06-01          | Fecha de Terminación del Contrato Inicial | 2024-07-31 |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | Valor a Pagar                             |            |
| 1                                   | JUNIO               | \$ 2460448                                |            |

|                            |                          |                  |                    |
|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
| \$ 4920896                 | \$ 4920896               | \$ 2460448       | \$ 2460448         |

| <b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS<br/>(LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b> |                                                                                                                                                                | <b>ACTIVIDADES<br/>DESARROLLADAS EN EL<br/>PERIODO EN CUMPLIMIENTO<br/>DE CADA OBLIGACIÓN</b>                                                 | <b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>                       |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 1                                                                  | 1. depurar y validar las bases de datos de forma mensual o según solicitud de la sds.                                                                          | Se realiza entrega de base de datos el día 11/06/2024 a SDS                                                                                   | Archivo plano descargado de aplicativo plano SDS. |
| 2                                                                  | 2. recepcionar informacion mensual de los entornos, espacios y componentes del plan de intervenciones colectivas (pic).                                        | Se envían exportados, cruces de bases de cada uno de los entornos y seguimiento a entrega de productos.                                       | Correo electrónico a entornos.                    |
| 3                                                                  | 3. elaborar informes de gestion según necesidad de los componentes, espacios y entornos del pic.                                                               | Se descarga desde el aplicativo web de SDS los archivos planos para consolidar y depurar la información digitada en cada uno de los entornos. | Archivo plano descargado de aplicativo plano SDS. |
| 4                                                                  | 4. garantizar la calidad de la data de acuerdo a informacion recolectada.                                                                                      | Se realiza envío de hallazgos a SDS para corrección.                                                                                          | Correo electrónico a SDS.                         |
| 5                                                                  | 5. gestionar la informacion asignada cumpliendo con atributos de calidad, oportunidad, veracidad y activacion de rutas de acuerdo a necesidades identificadas. | Se realiza verificación de direcciones de los diferentes aplicativos de la data de los entornos.                                              | Archivo plano aplicativos entornos.               |
| 6                                                                  | 6. cargar informacion cuantitativa en la matriz 1186 por espacio, componente o entorno según necesidad.                                                        | Se consolida matriz poblacional 1186 de los entornos y cargado al drive dispuesto a SDS.                                                      | Drive SDS para cargar archivos.                   |
| 7                                                                  | 7. fortalecer habilidades y capacidades en sistemas de informacion y aplicativos web.                                                                          | Asistir a reuniones de cada uno de los entornos para fortalecimiento                                                                          | Acta y listado de asistencia.                     |
| 8                                                                  | 8. adherirse al proceso de gestion documental, en la organizacion y custodia de los documentos generados.                                                      | Se crea un drive para realizar un backup y hacer la respectiva gestión documental del área de GESI.                                           | Drive en correo gesisubredsur2@gmail.com.         |
| 9                                                                  | 9. cumplir con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la e.s.e.                                                                     | Asistir a reuniones de cada uno de los entornos para fortalecimiento                                                                          | Acta y listado de asistencia.                     |
| 10                                                                 | 10. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.                                                          | Se hace cargue masivo en la herramienta de control, depuración y verificación de fichas no digitadas.                                         | Herramienta de control- Aplicativo web.           |

| INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL                                                                                               |      |               |     |                |                                                                            |                            |                                                  |                     |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------|-----|----------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------|---------------------|------------|
| Periodo al que corresponde el pago                                                                                                     |      | Fecha de Pago |     |                | Número de Planilla                                                         | Factura Electrónica        | Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior |                     | \$ 2460448 |
| AÑO                                                                                                                                    | MES  | AÑO           | MES | DÍA            | 77832299                                                                   | -                          |                                                  |                     |            |
| 2024                                                                                                                                   | MAYO | 2024          | 06  | 12             |                                                                            |                            |                                                  |                     |            |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras                                                                                |      |               |     |                | DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS |                            |                                                  |                     |            |
| Item                                                                                                                                   |      |               |     |                | Entidades Aportantes a Seguridad Social                                    | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes                      | Valor Aportado      |            |
| Pensionado                                                                                                                             |      |               |     | NO             | PORVENIR                                                                   | \$ 1300000                 | \$ 208000                                        | \$ 208000           |            |
| Salud                                                                                                                                  |      |               |     |                | SÁNITAS                                                                    |                            | \$ 162500                                        | \$ 162500           |            |
| ARL                                                                                                                                    |      |               |     | 3              | SURA                                                                       |                            | \$ 31668                                         | \$ 31700            |            |
| Caja de Compensación                                                                                                                   |      |               |     | NO             |                                                                            | Total                      | \$ 377286                                        | \$ 402200           |            |
| INFORMACIÓN DE PAGO                                                                                                                    |      |               |     |                |                                                                            |                            |                                                  |                     |            |
| Entidad Bancaria                                                                                                                       |      | BBVA COLOMBIA |     | Tipo de Cuenta |                                                                            | AHORROS                    |                                                  | Número de Cuenta    | 171183072  |
| HISTÓRICO                                                                                                                              |      |               |     |                |                                                                            |                            |                                                  |                     |            |
| OBSERVACIÓN                                                                                                                            |      |               |     |                | USUARIO                                                                    |                            |                                                  | FECHA               |            |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                                                                                                    |      |               |     |                | ANDREA KATHERINE TRUJILLO ORTEGON                                          |                            |                                                  | 2024-06-25 12:26:29 |            |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                                                                                                                   |      |               |     |                | WILLIAM EDUARDO GOMEZ RAMIREZ                                              |                            |                                                  | 2024-06-27 10:01:53 |            |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN                                                                                                                  |      |               |     |                | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO                                                  |                            |                                                  | 2024-06-27 13:49:04 |            |
| INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA |      |               |     |                | CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA                                             |                            |                                                  | 2024-07-17 11:16:23 |            |

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)

**NOTA:** La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



WILLIAM EDUARDO GOMEZ RAMIREZ  
COORDINADOR PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                                   |        |               |                    |                                 |
|-------------------------------------|-------------------|-----------------------------------|--------|---------------|--------------------|---------------------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                  |        | DIRECCIÓN     | TELÉFONO           | CORREO                          |
| CC                                  | 1010228011        | ANDREA KATHERINE TRUJILLO ORTEGON |        | TV 65 59 21 t | 3949875            | andreatrujilloortegon@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) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD         |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS    UPC |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 1            0   |
| 2024-05              | 2024-05                           | I             | 12/06/2024               | 77832299        | \$430.400        |

TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |             |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|-------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre      | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |             |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS005        | Sanitas EPS | 800251440-6 | 162.500                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 6         | 800                   | 0              | 163.300       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |          |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |  |
|-----------------|----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|--|
| Código AFP      | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | 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 |  |
| 230301          | Porvenir | 800224808-8 | 208.000                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 6         | 1.000                 | 0              | 209.000       | 1             |  |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | 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 |
|                           |          |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-11                     | ARL SURA | 890903790-5 | 31.700                 |                  |       |                        | 31.700                | 6         | 200                   | 31.900              |                            |                     | 317               | 31.900        | 1             |

| TOTALES CAJAS |                |  |  |  |             |              |           |
|---------------|----------------|--|--|--|-------------|--------------|-----------|
| Código CCF    | Nombre         |  |  |  | NIT         | Valor Aporte | Días Mora |
| CCF24         | Compensar Caja |  |  |  | 860066942-7 | 26.000       | 6         |
|               |                |  |  |  |             |              |           |

| 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                              | 162.500                             | 163.300       |
| Pensión                | 1                              | 208.000                             | 209.000       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 31.700                              | 31.900        |
| CCF                    | 1                              | 26.000                              | 26.200        |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 4                              | 428.200                             | 430.400       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                   |        |               |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-----------------------------------|--------|---------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                  |        | DIRECCIÓN     | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1010228011        | ANDREA KATHERINE TRUJILLO ORTEGON |        | TV 65 59 21 t | 3949875            | andreatrujilloortegon@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) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC           |
| 2024-05              | 2024-05                           | I             | 12/06/2024               | 77832299        | 10            |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |
|                      |                                   |               |                          |                 | \$430.400     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                                   |           |         |           |                  |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |     |          |          |           |                   |                      |                      |                                |                                 |          |              |                        |          |         |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
|-----------------------|------|-----------------------|-----------------------------------|-----------|---------|-----------|------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----------|----------|-----------|-------------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|--------------|------------------------|----------|---------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                                   |           |         |           |                  |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     |     | SALUD    |          |           | RIESGOS LABORALES |                      |                      | CCF                            |                                 |          | PARAFISCALES |                        |          |         |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres               | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Columna exterior | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN    | IOE | IVA | IVA | AVP | VCT | IRL | CONEXIÓN | Cód. AFP | IBC AFP   | Cotización        | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS      | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |
| 1                     | CC   | 1010228011            | TRUJILLO ORTEGON ANDREA KATHERINE | 57        | 0       |           |                  | N         |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |     |          | 230301   | 1.300.000 | 208.000           | 0                    | 0                    |                                | 0                               | 0        | EPS005       | 1.300.000              | 162.500  | 14-11   | 1.300.000       | 3          | 31.700     | CCF24   | 1.300.000  | 26.000                 | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 |

PAGADA



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

## Datos guardados

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



CUENTA DE COBRO MARZO-  
CTO4395-2023.pdf

CUENTA DE COBRO MARZO-  
CTO4395-2023.pdf

Proveedor

[Descargar](#)

[Detalle](#)



CUENTA DE COBRO ABRIL-  
CTO4395-2023.pdf

CUENTA DE COBRO ABRIL-CTO4395-  
2023.pdf

Proveedor

[Descargar](#)

[Detalle](#)



CUENTA DE COBRO MAYO-  
CTO4395-2023.pdf

CUENTA DE COBRO MAYO-CTO4395-  
2023.pdf

Proveedor

[Descargar](#)

[Detalle](#)



CUENTA DE COBRO JUNIO-  
CTO4395-2023.pdf

CUENTA DE COBRO JUNIO-CTO4395-  
2023.pdf

Proveedor

[Descargar](#)

[Detalle](#)

Datos guardados

|                          |                                                  |                                                  |           |                           |                         |
|--------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO JULIO-CTO4395-2023.pdf           | CUENTA DE COBRO JULIO-CTO4395-2023.pdf           | Proveedor | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO AGOSTO-CTO4395-2023.pdf          | CUENTA DE COBRO AGOSTO-CTO4395-2023.pdf          | Proveedor | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE-CTO4395-2023.pdf      | CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE-CTO4395-2023.pdf      | Proveedor | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO OCTUBRE-CTO4395-2023..pdf        | CUENTA DE COBRO OCTUBRE-CTO4395-2023..pdf        | Proveedor | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE-CTO4395-2023.pdf       | CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE-CTO4395-2023.pdf       | Proveedor | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO DICIEMBRE-CTO4395-2023.pdf       | CUENTA DE COBRO DICIEMBRE-CTO4395-2023.pdf       | Proveedor | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO ENERO2024-CTO4395-2023.pdf       | CUENTA DE COBRO ENERO2024-CTO4395-2023.pdf       | Proveedor | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO FEBRERO2024-CTO4395-2023.pdf.pdf | CUENTA DE COBRO FEBRERO2024-CTO4395-2023.pdf.pdf | Proveedor | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO MARZO2024-CTO4395-2023.pdf       | CUENTA DE COBRO MARZO2024-CTO4395-2023.pdf       | Proveedor | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO ABRIL2024-CTO4395-2023.pdf       | CUENTA DE COBRO ABRIL2024-CTO4395-2023.pdf       | Proveedor | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO MAYO2024-CTO4395-2023.pdf        | CUENTA DE COBRO MAYO2024-CTO4395-2023.pdf        | Proveedor | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |

Borrar Cargar nuevo

Datos guardados