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 – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y						
ASTRID VIVIANA PRADA BELTRAN						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.023.875.455			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1017 2024		FECHA INICIO CONTRATO		21/01/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.163.624	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (2) MESES			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 19.637.774		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:			$ 2.086.862
Nº DE INFORME:	10	Nº CRP:	13298	Nº CDP:		149
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES Y NUEVE (9) DIAZ					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LORENZA BECERRA CAMARGO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	6	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	6	PRORROGAS	5	
VALOR ADICIONADO	$ 2.088.683	CDP DE LA ADICIÓN:	943	CRP DE LA ADICIÓN:	21645	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.081.812	CDP DE LA ADICIÓN:	1268	CRP DE LA ADICIÓN:	24317	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.775.749	CDP DE LA ADICIÓN:	1623	CRP DE LA ADICIÓN:	29380	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES Y NUEVE (9) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.267.320	CDP DE LA ADICIÓN:	2189	CRP DE LA ADICIÓN:	32626	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 6.245.436	CDP DE LA ADICIÓN:	2593	CRP DE LA ADICIÓN:	37690	TIEMPO PRORROGADO:	TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO	$ 15.150	CDP DE LA ADICIÓN:	2792	CRP DE LA ADICIÓN:	40136	TIEMPO PRORROGADO:	TRES (3) MESES

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	X
Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	FECHA DE APROBACIÓN:			N/A

ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)
1	Realizar el seguimiento de usuarios pertineneste de cohorte vejez y cardio vascular
2	Buscar datos de contacto y revisar los aplicativos e historias clinicas para determinar los servicios faltantes en la RPMS para la canalización respectiva en los archivos de las cohorte recibidos.
3	Buscar datos de contacto y revisar los aplicativos e historias clinicas para determinar los servicios faltantes en la RPMS para la canalización respectiva.
4	Verificar de las bases recibidas por capital salud con usuarios que consultaron urgencias ose encuentran hospitalización y dar prioridad la asignación de citas de los servicios de la RPMS a los susceptibles.
5	Usuarios identificados que tengan un diagnostico de cronico sin apartarlo de la RPMS, hacer entrega a la ruta de que pertenezca
6	Se realiaza apoyo a la elaboración de informes que se requieran.
7	Se informa al lider de ruta hallazgos encontrados en el seguimiento relacionados con la gestión del riesgo (barreras de acceso).
8	Se asiste a las mesas técnicas de las unidades de atención para el seguimiento estandarizado de la población Asistir a todas las citaciones que se realicen por parte de la Subred o la SDS y al comité de seguimiento mensual según necesidad

9	Conocer e implementar las directrices establecidas en los documentos institucionales para la identificación, gestión y seguimiento de los pacientes pertenecientes a las Cohortes de Riesgo.
10	Asistir a las capacitaciones que se programen y socializar los contenidos acorde a estrategia implemntada.
11	Realizacion de informe mensual y actas solicitadas si se requiere
12	Asistir a capacitaciones programadas en el marco de la RPMS y la operatividad de los procesos institucionales
13	Capacitaciones y reuniones programadas por la ruta de mantenimiento de la salud
14	Entrega de soporte de bases de SIRC y herramienta de monitoreo al lider de proceso
15	Radicar en gestión documental de forma mensual al finalizar la ejecución del contrato
16	Radicar en gestión documental de forma mensual al finalizar la ejecución del contrato

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	80960256	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	10/10/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	COLFONDOS	10/10/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR S.A	10/10/2024	$ 31.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 402.200

VI. 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 ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, 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

Astrid Prada

ASTRID VIVIANA PRADA BELTRAN
CC: 1023875455
CEL.: 3124986522

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 – GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 6
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/10/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	**ASTRID VIVIANA PRADA BELTRAN**	**CC:**	**1023875455**
		RUT (NIT):	900.959.051-7
CORREO ELECTRÓNICO:	astrid_prada@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3124986522
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 15 ESTE # 14 A 49 SUR	**CIUDAD:**	BOGOTA

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

NO tomaré costos y deducciones	(X)
SI tomaré costos y deducciones	( )

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y

Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación	SI ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**OTRO**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	**UN Bank**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**61144523**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	**PS 1017 2024**	**N° CDP:**	**2792**	**N°. RP:**	**40136**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : NUEVE (9) MESES Y NUEVE (9) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/01/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**20/03/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 19637774**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$ 2.086.862**					
	Dos millones ochenta y seis mil ochocientos sesenta y dos pesos M/CTE					

Astrid Prada

ASTRID VIVIANA PRADA BELTRAN
C.C 1023875455
cel: 3124986522

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 – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION	CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ASTRID VIVIANA PRADA BELTRAN
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.023.875.455

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1017 2024		FECHA INICIO CONTRATO		21/01/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.163.624,00				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 19.637.774,00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 2.086.862,00
N° PAGO / N° DE INFORME:	(10 de 10)	N° CRP INICIAL:	13298	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	149
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES Y NUEVE (9) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	80960256		OPERADOR:		MI PLANILLA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GESTION DEL RIESGO				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° (6)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION (6)	PRORROGA (5)
VALOR ADICIONADO	$ 2.088.683	CDP DE LA ADICIÓN:	943	RP DE LA ADICIÓN:	21645	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.081.812	CDP DE LA ADICIÓN:	1268	RP DE LA ADICIÓN:	24317	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.775.749	CDP DE LA ADICIÓN:	1623	RP DE LA ADICIÓN:	29380	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES Y NUEVE (9) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.267.320	CDP DE LA ADICIÓN:	2189	RP DE LA ADICIÓN:	32626	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 6.245.436	CDP DE LA ADICIÓN:	2593	RP DE LA ADICIÓN:	37690	TIEMPO PRORROGADO:	TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO	$ 15.150	CDP DE LA ADICIÓN:	2792	RP DE LA ADICIÓN:	40136	TIEMPO PRORROGADO:	TRES (3) MESES

III. POLIZAS (SI APLICA)

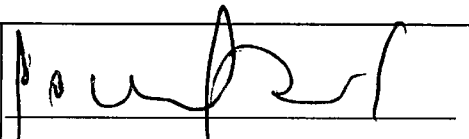
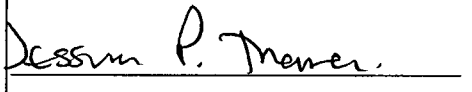
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	
N° DE PÓLIZA:	NO	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		NO
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE		N/A

IV. 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 (01/10/2024) AL (31/10/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: LORENZA BECERRA CAMARGO CARGO:DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05
	 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: JESSIKA PAOLA TRIANA PERFIL: LIDER DEL PROCESO

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023875455	ASTRID VIVIANA PRADA BELTRAN	transversal 15 este # 14 a - 49 sur	2334478	astrid._prada@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	I	09/09/2024	80123372	$402.200	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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
231001	Colfondos	800227940-6	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023875455	ASTRID VIVIANA PRADA BELTRAN		transversal 15 este # 14 a - 49 sur	2334478	astrid._prada@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	I	09/09/2024	80123372	$402.200	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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
CC	1023875455	PRADA BELTRAN ASTRID VIVIANA	59	0			N																	231001	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-7	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

ÁREA DE APROBACIÓN

La fase del proceso fue aprobada.

Flujos de aprobación 1

MOSTRAR DETALLES

Flujos de aprobación 2

MOSTRAR DETALLES

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

Documento del contrato cargado

Volver | Imprimir | Modificar | < | >

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor neto de la factura	Valor total de la factura	Valor a pagar	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Balance de pagos y Balance de entregas

		% del valor del contrato	% del valor amortizado
Valor total contrato:	19.637.774,00 COP	-	-
Valor anticipo:	0,00 COP	0%	-
Valor de las entregas	0,00 COP	0%	-
Valor facturado:	0,00 COP	0%	-
Valor facturado pendiente de pago:	0,00 COP	0%	-
Valor pagado:	0,00 COP	0%	-
Valor amortizado del anticipo:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de amortizar:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de ejecución:	19.637.774,00 COP	100%	-
Valor pendiente de entrega:	19.637.774,00 COP	100%	-

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	Bienes y Rentas 1023875455.pdf (Archivado)	Bienes y Rentas 1023875455.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	Conflicto Intereses 1023875455.pdf (Archivado)	Conflicto Intereses 1023875455.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1017 2024 CUENTA DE COBRO DE FEBRERO 2024.pdf	PS 1017 2024 CUENTA DE COBRO DE FEBRERO 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1017 -2024 Conflicto Intereses.pdf	PS 1017 -2024 Conflicto Intereses.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1017 2024 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2024.pdf	PS 1017 2024 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1017 2024 CUENTA DE COBRO DE MARZO 2024.pdf	PS 1017 2024 CUENTA DE COBRO DE MARZO 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1017 2024 CUENTA DE COBRO DE JULIO 2024.pdf	PS 1017 2024 CUENTA DE COBRO DE JULIO 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1017 2024 CUENTA DE COBRO DE JUNIO 2024.pdf	PS 1017 2024 CUENTA DE COBRO DE JUNIO 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1017 2024 CUENTA DE COBRO ENERO 2024.pdf	PS 1017 2024 CUENTA DE COBRO ENERO 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1017 2024 CUENTA DE COBRO MES DE ABRIL DE 2024.pdf	PS 1017 2024 CUENTA DE COBRO MES DE ABRIL DE 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1017 2024 CUENTA DE COBRO MES DE MAYO DE 2024.pdf	PS 1017 2024 CUENTA DE COBRO MES DE MAYO DE 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1017 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2024.pdf	PS 1017 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1017-2024 Bienes y Rentas.pdf	PS 1017-2024 Bienes y Rentas.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1017-2024 SIGEP.pdf	PS 1017-2024 SIGEP.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	RP PS 1017 2024.pdf	RP PS 1017 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	RP PS 1017 2024.pdf	RP PS 1017 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	SIGEP 1023875455.pdf (Archivado)	SIGEP 1023875455.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1017 2024 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2024.pdf	PS 1017 2024 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Volver | Imprimir | Modificar | < | >