Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2024-10-22	**Hasta:**	2024-10-31	
Nombre del Contratista:	NANCY JARAMILLO RODRIGUEZ		**Número de Documento:**	52087885	
Correo Electrónico:	njaramillorodriguez5@gmail.com		**Número Telefónico:**	3213664872	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7757-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	2545
Perfil:	TECNICO 1-EBE				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	USS SANTA MARTA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
V07UI917	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	20	0	13372	$267440	36.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 267440**	**DOSCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS CUARENTAPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2024-10-22	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2024-11-30

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3690561	**$ 3690561**	**$ 0**	**$ 3690561**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA

© Siasur - 2024

1	1. Realizar apropiación conceptual de los lineamientos y fichas técnicas que se establezcan para cada convenio por parte de SDS	Se realiza lectura de lineamientos , se asiste a capacitaciones presenciales y virtuales según programación.	-Listados de asistencia
2	2. Realizar visita domiciliaria diligenciando caracterización familiar para la identificación y gestión de riesgos en salud, de acuerdo a las actividades y criterios establecidas en el lineamiento operativo	-No se puede ejecutar	-No se puede ejecutar
3	3. Realizar activación de ruta, notificación de eventos de interés en salud pública, agentamiento según el riesgo identificado de cada uno de los usuarios y familias, y su respectivo seguimiento	-No se puede ejecutar	-No se puede ejecutar
4	4. Desarrollar acciones integrales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y gestión del riesgo según curso de vida de acuerdo a las necesidades de la población	-No se puede ejecutar	-No se puede ejecutar
5	5. validar el registro de la informacion con criterios de calidad en el aplicativo en linea dispuesto por la SDS	-No se puede ejecutar	-No se puede ejecutar
6	6. Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones, recomendaciones obtenidas por parte del equipo de seguimiento asignado por la SDS, recomendaciones del referente.	-No se puede ejecutar	-No se puede ejecutar
7	7. Participar en reuniones, asistencias técnicas, comités del cuidado convocadas por la subred y/o SDS	- Se asiste a capacitaciones presenciales y virtuales según programación.	-Se asiste a capacitaciones presenciales y virtuales según programación.
8	8. Mantener Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	-No se puede ejecutar	-No se puede ejecutar
9	9. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-No se puede ejecutar	-No se puede ejecutar

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	RED MULTIBANCA COLPATRIA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	4662040891

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	NANCY JARAMILLO RODRIGUEZ	2024-10-28 22:46:39
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2024-10-30 15:50:10
RECHAZADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-10-30 16:03:26
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	NANCY JARAMILLO RODRIGUEZ	2024-10-30 18:06:32
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2024-10-31 08:07:11
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-10-31 08:46:24

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.



YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

© Siasur - 2024

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
NIT. 800.088.702-2

EPS | sura

No. U

Fecha de Radicación (a registrar por la EPS) D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite (a registrar por la EPS): A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia [X] Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. Oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Código Tipo de Cotizante (Ver tabla de códigos que se encuentra en instructivo de diligenciamiento):

Código Tipo de Pensionado:

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	7. Tipo de doc
Jaramillo	Rodriguez	Nancy		CC

8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento	Estado civil	EPS anterior
52037835	Femenino [X] Masculino [ ]	D 30 M 03 A 1978	Unión libre	Sura.

III. DATOS COMPLEMENTARIOS Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M Condición T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
Sura	Colpensiones	1.599.255

18. Residencia Dirección	Teléfono fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico
Cra 6J Nte # Av 64	8065459	3213664872	mjaramillorodriguez@gmail.com

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
	Urbana [X] Rural [ ]	Boyacá	Cundinamarca	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	20. Tipo de doc
Quiroga	Tellez	Jairo	Alexander	CC

21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento	Dirección
80.035792	Femenino [ ] Masculino [X]	D 01 M 12 A 1979	Cra 6J Nte # Av 64

Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Código IPS (a registrar por la EPS)	Teléfono fijo	Teléfono Celular
Bogotá	Urbana [X] Rural [ ]	Cundinamarca		8065459	3165225570

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	Primer apellido	Segundo apellido	24. Apellidos y nombres Primer nombre	Segundo nombre
B1	Quiroga	Jaramillo	Valeria	
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de doc	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	Correo electrónico
B1				D D M M A A A A	
B2				D D M M A A A A	
B3				D D M M A A A A	
B4				D D M M A A A A	
B5				D D M M A A A A	

Datos complementarios	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	33. Valor de la UPC (a registrar por la EPS)
B1			Tipo F N M Condición T P	
B2			Tipo F N M Condición T P	
B3			Tipo F N M Condición T P	
B4			Tipo F N M Condición T P	
B5			Tipo F N M Condición T P	

	32. Datos de residencia Dirección	Zona U R	Municipio / Distrito	Departamento	Teléfono fijo	Celular
B1		U R				
B2		U R				
B3		U R				
B4		U R				
B5		U R				

	34. Selección de la IPS Primaria	Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de doc	37. Número de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación	Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

- ORIGINAL -

PROHIBIDO SU COMERCIALIZACIÓN

apoterno

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
NIT. 800.088.702-2

EPS | sura

No. U

B. REPORTE DE NOVEDADES 40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y correción de datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS.
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de las condiciones para cotizar.
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento.
- ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD 41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Jaramillo	Rodriguez	Nancy	

Tipo de doc	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
CC	52.087.835	Femenino ☒ Masculino ☐	03 03 1978	11 10 2024

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	Código ☐	Colpensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ 49. Declaración de no intenación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.
- ☐ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- ☐ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades o la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☐ 52. Actuando en nombre propio y de mis beneficiarios, bajo su encargo, autorizo a Suramericana S.A, filiales y subsidiarias a contactarnos para el ofrecimiento de productos y servicios y las demás finalidades contenidas en su política de privacidad, que puede ser consultada en www.epssura.com e igualmente para adelantar los procesos de relacionamiento con el cliente (soportados o no en tecnología), para un abordaje integral con todos los productos y soluciones por nosotros contratadas dentro del grupo de compañías pertenecientes a Suramericana S.A.
- ☐ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

- ORIGINAL -

VIII. FIRMAS		
54. El cotizante o cabeza de familia	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o deOficio	Código Asesor

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ Total ☐
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- ☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura públicao sentencia judicial que declare divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

ÁREA EXCLUSIVA SELLO O STICKER

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario	

OBSERVACIONES: _____

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **NANCY JARAMILLO RODRIGUEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52087885,** se encuentra afiliado/a desde **01/08/2024** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 28 de octubre de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SCOTIABANK COLPATRIA S.A.
NIT. 860.034.594-1

CERTIFICA QUE:

La cuenta de ahorros No. 4662040891 , con fecha de apertura 29 de Abril de 2021 , de la cual es titular:

El (la) señor(a): NANCY JARAMILLO RODRIGUEZ
Identificado(a) con tipo de documento C No. 52.087.885

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 28 días del mes de Octubre de 2024 .

Cordialmente,

Servicio al Cliente

Scotiabank Colpatria S.A.
www.scotiabankcolpatria.com

Scotiabank Colpatria. S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

scotiabankcolpatria.com

®Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria Establecimiento Bancario.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52087885		JARAMILLO RODRIGUEZ NANCY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 65 # 55 A SUR 64	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8065459	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1029474705	9476536914	I	2024/11/22	2024/11/05	BANCOLOMBIA	0	$100,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$303,334	$48,600			$303,334	$38,000			$303,334	$6,100			$303,334	$7,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$303,334	$48,600			$303,334	$38,000			$303,334	$6,100			$303,334	$7,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$303,334	$48,600			$303,334	$38,000			$303,334	$6,100			$303,334	$7,400		$0	$0
1	CC 52087885	JARAMILLO NANCY	25-14	7	$303,334	$48,600	EPS010	7	$303,334	$38,000	CCF24	7	$303,334	$6,100	14-11	7	$303,334	$7,400	7	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$303,334	$48,600			$303,334	$38,000			$303,334	$6,100			$303,334	$7,400		$0	$0

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52087885		JARAMILLO RODRIGUEZ NANCY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 65 # 55 A SUR 64	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8065459	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1029474705	9476536914	I	2024/11/22	2024/11/05	BANCOLOMBIA	0	$100,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$48,600	$0	$0	$48,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$48,600	$0	$0	$48,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,400	$0	$0	$7,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,400	$0	$0	$7,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,100	$0	$0	$6,100
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$6,100	$0	$0	$6,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$38,000	$0	$0	$38,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$38,000	$0	$0	$38,000
TOTAL				1	$100,100	$0	$0	$100,100

Compra online APORTES EN LINEA

Nro. de recibo:	9476536914
Descripción del pago:	Pago de la Planilla de aportes con clave: 9476536914
Identificación del contribuyente:	186.83.176.5
Concepto:	CC
Razón Social:	52087885
Nro. de comprobante:	**0000088511**
Valor pagado:	**$ 100,100.00**
Producto:	********2082 - Ahorros / Bancolombia A la mano - Cuenta de Ahorro**

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		
☐	CUENTA MAYO CTO 6064 - 2023.pdf	CUENTA MAYO CTO 6064 - 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO CTO 6064-2023.pdf	CUENTA JUNIO CTO 6064-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO CTO 6064 - 2023.pdf	CUENTA JULIO CTO 6064 - 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO CTO 6064-2023.pdf	CUENTA AGOSTO CTO 6064-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 6064-2023.pdf	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 6064-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA OCTUBRE CTO 6064-2023.pdf	CUENTA OCTUBRE CTO 6064-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA NOVIEMBRE CTO 6064-2023.pdf	CUENTA NOVIEMBRE CTO 6064-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DICIEMBRE CTO 6064 - 2023.pdf	CUENTA DICIEMBRE CTO 6064 - 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ENERO CTO 6064 - 2024.pdf	CUENTA ENERO CTO 6064 - 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA FEBRERO CTO 6064-2023.pdf	CUENTA FEBRERO CTO 6064-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO CTO 6064-2023.pdf	CUENTA MARZO CTO 6064-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL CTO 6064-2023pdf.pdf	CUENTA ABRIL CTO 6064-2023pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >