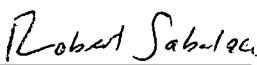
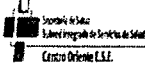


 Ministerio de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y		
ROBERT LEANDRO SABALZA GONZALEZ		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.010.231.619
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA 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 PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR	
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5254 2024	FECHA INICIO CONTRATO 24/10/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 9.358.363	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 25.501.539	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 2.105.631
Nº DE INFORME:	6	Nº CRP: 44775 Nº CDP: 3662
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05	
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES		
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	3	TIPO DE MODIFICACIÓN ADICIONES 3 PRORROGAS 3
VALOR ADICIONADO	\$ 2.105.632	CDP DE LA ADICIÓN: 4053 CRP DE LA ADICIÓN: 49669 TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 7.018.772	CDP DE LA ADICIÓN: 4120 CRP DE LA ADICIÓN: 50803 TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 7.018.772	CDP DE LA ADICIÓN: 46 CRP DE LA ADICIÓN: 7766 TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
III. POLIZAS		
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO X
Nº DE PÓLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA	FECHA DE APROBACIÓN:	
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 específicas del contrato realizadas durante el mes)	
1	ATENCION MEDICA A PACIENTES CRONICOS CAPITAL SALUD	
2	ATENCION MEDICA A PACIENTES INDIGENAS COMUNIDAD EMBERA RIOJA	
3	ATENCION MEDICA A PACIENTES INDIGENAS COMUNIDAD EMBERA ALOJAMIENTO OCOBOS Y FUNDINES.	
4	ASISTENCIA A REUNIONES DE EQUIPO	
5	VISITAS DOMICILIARIAS POR RÚTEO A PACIENTES PRIORIZADOS POR CONDICIÓN CRONICA REALIZANDO ATENCIÓN EN SALUD	
6	VALORAR Y ENTREVISTAR PACIENTES CAPITAL SALUD POR MEDIO DE PERFIL PROFESIONAL COMO MEDICO SIGUIENDO LOS ESTATUTOS DE CALIDAD	
7	DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA COMPLETA EN DINAMICA GERENCIAL O EN FORMATO MANUAL SEGÚN PERTINENCIA	
8	DISPONIBILIDAD PARA JORNADAS DE ATENCIÓN A POBLACIÓN INDÍGENAS EMBERA PRIORIZADA, TANTO EN ALBERGUES COMO EN SITUACIÓN DE RETORNO	
9	ASISTENCIA REUNIONES DE EQUIPO Y FORTALECIMIENTO. CONVOCADAS POR LIDERES OPERATIVOS	
10	DAR CUMPLIMIENTO A LA META ESTIPULADA	
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL		
No. DE PLANILLA:	83915246	OPERADOR: MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	05/02/2025 \$ 355.000
PENSIÓN:	PROTECCION	05/02/2025 \$ 454.400
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	05/02/2025 \$ 69.200
OTRO		
TOTAL PAGADO		\$ 895.700
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA		
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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 sca menor a 1 SMLLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pensión, 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		
		
ROBERT LEANDRO SABALZA GONZALEZ NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 1.010.231.619 CEL: 304531301		

 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: 28/2/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ROBERT LEANDRO SABALZA GONZALEZ			CC:	1.010.231.619
CORREO ELECTRÓNICO:	rsabalza540@gmail.com			RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 48 A SUR 5 H 44 APTO 201			TELÉFONO:	3045331301
				CIUDAD:	BOGOTÁ
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 parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.					
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:	DAVIVIENDA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					
					488423226593
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
N° DEL CONTRATO:	PS 5254 2024	N° CDP:	3662	N°CRP:	44775
PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:					
TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS					
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	9/02/2025		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES :					
\$ 25.501.539					
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/02/2025 AL 09/02/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 2.105.631 DOS MILLONES CIENTO CINCO MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESOS M/CTE				
 ROBERT LEANDRO SABALZA GONZALEZ NOMBRE: ROBERT LEANDRO SABALZA GONZALEZ CC 1.010.231.619 CEL 3045331301					

	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		ROBERT LEANDRO SABALZA GONZALEZ		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1.010.231.619		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA 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 PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5254 2024	FECHA INICIO CONTRATO	24/10/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 9.358.363			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 25.501.539	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.105.631	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	6	Nº CRP INICIAL:	44775	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 3662
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	83915246	OPERADOR:	MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES				
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (3)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):		
VALOR ADICIONADO	\$ 2.105.632	CDP DE LA	4053	RP DE LA 49669
VALOR ADICIONADO	\$ 7.018.772	CDP DE LA	4120	RP DE LA 50803
VALOR ADICIONADO	\$ 7.018.772	CDP DE LA	46	RP DE LA 7766
III. POLIZAS (SI APLICA)				
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X	
Nº DE PÓLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:			
IV. VERIFICACIÓN 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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 01/02/2025 AL 09/02/2025				
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 TECNICO CODIGO 009 GRADO 05		
				
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: LILIANA TELLEZ VALBUENA PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR		

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 2 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1010231619	ROBERT LEANDRO SABALZA GONZALEZ		Dg 48 A Sur 5 H 44 apartamento 201	6010697485	rsabalza540@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
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-01	2025-01	I	05/02/2025	83915246	\$895,700

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES								
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Código	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Cód. APP	IBC APP	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	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aportes CCF	IBC otros parafiscales	Aporte BENA	Aporte ICBSF	Aporte BSAP	Aporte REN	
1	CC	1010231619	SABALZA GONZALEZ ROBERT LEANDRO	69	0													230201	2.840.000	454.400	0	0	0	0	EPB010	2.840.000	305.000	14-23	2.840.000	3	69.200	CCF24	2.840.000	17.100	0	0	0	0	0

PAGADA

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARA FISCIALES Y SALUD
CC	1010231619	ROBERT LEANDRO SABALZA GONZALEZ	Dg 48 A Sur 5 H 44 apartamento 201	6016697485	rsabalza540@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				EMPLEADOS 1 0
2025-01	2025-01	1	05/02/2025	83915248	TOTAL A PAGAR \$895.700

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	355.000	0		0		0	0	0	0	355.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FBP - Solidaridad	Aporte FBP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FBP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	454.400	0	0	0	0	0	0		454.400	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										
14-23	Positiva Seguros	860011163-6	69.200				69.200	0	0	69.200			692	69.200	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Cajas	860065942-7	17.100	0	0	17.100	1

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	355.000	355.000
Pensión	1	454.400	454.400
Riesgos Laborales	1	69.200	69.200
CCF	1	17.100	17.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	895.700	895.700



¡Hola, Robert leandro sabalza González!

Gracias por utilizar los servicios de BANCO DAVIVIENDA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: Aprobada 

CUS: 1243955176

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Valor de la Transacción: \$ 895.700

Fecha de Transacción: 04/02/2025

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- ▶ **Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.**
- ▶ **Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.**
- ▶ **Procura cambiar tus contraseñas bancarias frecuentemente.**



Integrada	Procesos	Contratos	Proveedores	Mis procesos	Menú	Ir a
-----------	----------	-----------	-------------	--------------	------	------

Buscar...

Inicio --> Menú --> Administración de contratos --> Ver contrato

ÁREA DE APROBACIÓN

La fase del proceso fue aprobada.

Flujos de aprobación 1

MOSTRAR DETALLES

Flujos de aprobación 2

MOSTRAR DETALLES

1. Información general

Documento del contrato cargado

2. Condiciones

Volver

Imprimir

Modificar

<

>

3. Bienes y servicios

Ejecución del Contrato

4. Documentos del Proveedor

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

5. Documentos del contrato

Plan de Pagos

6. Información presupuestal

7. Ejecución del Contrato

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

8. Modificaciones del Contrato

9. Incumplimientos

Balance de pagos y Balance de entregas

		% del valor del contrato	% del valor amortizado
Valor total contrato:	25.501.539,00 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:	25.501.539,00 COP	100%	-
Valor pendiente de entrega:	25.501.539,00 COP	100%	-

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
☐ PS 5254 2024 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2024.pdf	PS 5254 2024 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2024.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ PS 5254 2024 CUENTA DE COBRO ENERO DE 2025.pdf	PS 5254 2024 CUENTA DE COBRO ENERO DE 2025.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ PS 5254 2024 CUENTA DE COBRO NOV 2024.pdf	PS 5254 2024 CUENTA DE COBRO NOV 2024.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ PS 5254 2024 CUENTA DE COBRO OCT 2024.pdf	PS 5254 2024 CUENTA DE COBRO OCT 2024.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ PS 5254 2024 CUENTA DICIEMBRE 2024-1.pdf	PS 5254 2024 CUENTA DICIEMBRE 2024-1.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ PS 5254 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 5254 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador Descargar Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Volver

Imprimir

Modificar

<

>

