

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

| DATOS DEL INFORME       |                             |            |                      |                 |        |
|-------------------------|-----------------------------|------------|----------------------|-----------------|--------|
| Periodo a Certificar:   | Desde:                      | 2025-06-01 | Hasta:               | 2025-06-30      |        |
| Nombre del Contratista: | MELANIE SLAITH VARGAS LOPEZ |            | Número de Documento: | 1000601817      |        |
| Correo Electrónico:     | melannievargas31@gmail.com  |            | Número Telefónico:   | 3202159166      |        |
| Nombre del Supervisor:  | RICARDO MARTINEZ GALVIS     | Cargo:     | ENFERMERO            | Código - Grado: | 243-20 |

| DATOS DEL CONTRATO            |                                      |               |      |                       |    |
|-------------------------------|--------------------------------------|---------------|------|-----------------------|----|
| No. Contrato:                 | 2228-2025                            | Año Contrato: | 2025 | CDP Contrato Inicial: | 26 |
| Perfil:                       | MÉDICO GENERAL                       |               |      |                       |    |
| Dirección a la que Pertenece: | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS |               |      |                       |    |
| Unidad de Servicios:          | USS MEISSEN                          |               |      |                       |    |

| LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS     |                                      |                                                                       |              |                          |            |           |                               |
|------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------|------------|-----------|-------------------------------|
| Centro de Costos             | Dirección                            | Unidad                                                                | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total     | Procetaje(%) Centro de Costos |
| I03ME                        | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS MEISSEN                                                           | 186          | 50                       | 38110      | \$8993960 | 126.9%                        |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 8993960                           | OCHO MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS SESENTAPESOS |              |                          |            |           |                               |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO |                     |                                           |            |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------|------------|
| Fecha de Inicio del Contrato        | 2025-01-11          | Fecha de Terminación del Contrato Inicial | 2025-08-31 |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | Valor a Pagar                             |            |
| 1                                   | ENERO               | \$ 6936020                                |            |
| 2                                   | FEBRERO             | \$ 8079320                                |            |
| 3                                   | MARZO               | \$ 9222620                                |            |
| 4                                   | ABRIL               | \$ 8765300                                |            |
| 5                                   | MAYO                | \$ 8536640                                |            |
| 6                                   | JUNIO               | \$ 8993960                                |            |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | VALOR TOTAL DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                  | PAGOS REALIZADOS                                              | SALDO DEL CONTRATO |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------|
| \$ 56707680                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | \$ 56707680                                                                                                                                                                                                               | \$ 50533860                                                   | \$ 6173820         |
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                                                                                                | PRODUCTO O EVIDENCIA                                          |                    |
| 1                                                       | 1). Prestar servicios de perfil (medico(a)) acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | -Prestar servicios como Médico general en el servicio de Ginecología y Obstetricia, según programación de actividades                                                                                                     | -Programación de actividades                                  |                    |
| 2                                                       | 2). Realizar actividades de informacion, educacion, comunicacion, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | -Realizar orientación y brindar información del servicio con el fin de promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud                                                                                     | -Historia clínica                                             |                    |
| 3                                                       | 3). Registrar en la historia clinica toda la informacion del acto medico, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultanea o inmediatamente despues de su realizaciòn, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad cientifica (logica, clara, completa) y demas criterios que defina el Ministerio de Salud y Protecciòn Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique o sustituya). | -Realizar el diligenciamiento completo de historia clínica de manera correcta, y demás documentos según lo requerido por el sistema de información de la Subred Sur, cumpliendo con los parámetros y tiempos establecidos | -Sistema de información dinámica gerencial                    |                    |
| 4                                                       | 4). Apoyar la elaboracion, actualizacion de formatos, protocolos, guías, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, estadísticas vitales, MIPRES, en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | -Participar en actualización de formatos, guías y protocolos del servicio y adherirse a los mismos; de igual manera incluir el consentimiento informado y realizar MIPRES en los casos que se requiera.                   | -Formatos institucionales, historia clínica, sistema dinámica |                    |
| 5                                                       | 5) Apoyar en la identificacion, caracterizacion, inscripcion, manejo, seguimiento y canalizacion a usuarios a las diferentes rutas de atencion en salud, asi como la consolidacion de informacion para la trazabilidad de indicadores de la salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | -Identificar a los usuarios y orientar sobre el servicio para la inscripción en rutas de atención en salud que le apliquen                                                                                                | -Sistema de información dinámica gerencial                    |                    |
| 6                                                       | 6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | -Realizar valoración, diagnóstico y manejo de pacientes que asisten a la Subred Sur según cuadro clínico; hacer acompañamiento y supervisión hasta su egreso                                                              | -Sistema de información dinámica gerencial                    |                    |
| 7                                                       | 7). Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento medico acorde al cuadro clinico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | -Brindar información de manera oportuna del paciente y su estado de salud, evolución y demás al familiar y/o acudiente                                                                                                    | -Historia clínica                                             |                    |

| <b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b> |                                                                                                                                                                               | <b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>                                      | <b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b> |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 8                                                              | 8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento. | -Brindar información de manera oportuna del paciente y su estado de salud, evolución y demás al familiar y/o acudiente | -Historia clínica           |
| 9                                                              | 9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.                                                                          | -Brindar información de manera oportuna del paciente y su estado de salud, evolución y demás al familiar y/o acudiente | -Historia clínica           |

| 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 |                     | \$ 8536640     |
| AÑO                                                     | MES                   | AÑO           | MES | DÍA            | 87625707                                                              | -                          |                                                  |                     |                |
| 2025                                                    | MAYO                  | 2025          | 06  | 24             |                                                                       |                            |                                                  |                     |                |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras |                       |               |     |                | OCHO MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS CUARENTAPESOS |                            |                                                  |                     |                |
| Item                                                    |                       |               |     |                | Entidades Aportantes a Seguridad Social                               | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes                      |                     | Valor Aportado |
| Pensionado                                              |                       |               |     | NO             | PROTECCIÓN                                                            | \$ 3414656                 | \$ 546345                                        | \$ 546400           |                |
| Salud                                                   |                       |               |     |                | CAPITAL SALUD                                                         |                            | \$ 426832                                        | \$ 426900           |                |
| ARL                                                     |                       |               |     | 3              | SURA                                                                  |                            | \$ 83181                                         | \$ 83200            |                |
| Caja de Compensación                                    |                       |               |     | NO             |                                                                       | Total                      | \$ 991002                                        | \$ 1056500          |                |
| INFORMACIÓN DE PAGO                                     |                       |               |     |                |                                                                       |                            |                                                  |                     |                |
| Entidad Bancaria                                        | BANCO DAVIVIENDA S.A. |               |     | Tipo de Cuenta | AHORROS                                                               | Número Cuenta              | de                                               | 0550006301302110    |                |
| HISTÓRICO                                               |                       |               |     |                |                                                                       |                            |                                                  |                     |                |
| OBSERVACIÓN                                             |                       |               |     |                | USUARIO                                                               |                            |                                                  | FECHA               |                |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                     |                       |               |     |                | MELANNIE SLAITH VARGAS LOPEZ                                          |                            |                                                  | 2025-06-24 13:27:20 |                |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                                    |                       |               |     |                | RICARDO MARTINEZ GALVIS                                               |                            |                                                  | 2025-06-24 16:28:08 |                |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN                                   |                       |               |     |                | MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA                                      |                            |                                                  | 2025-06-28 05:58:35 |                |

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.

RICARDO MARTINEZ GALVIS  
ENFERMERO

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                              |        |                      |                    |                            |
|-------------------------------------|-------------------|------------------------------|--------|----------------------|--------------------|----------------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE             |        | DIRECCIÓN            | TELÉFONO           | CORREO                     |
| CC                                  | 1000601817        | MELANNIE SLAITH VARGAS LOPEZ |        | Carrera 47 #123 a 06 | 9201539            | melannievargas31@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 (DÍA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD         |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS    UPC |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 1            0   |
| 2025-06              | 2025-06                           | I             | 24/06/2025               | 87625707        | TOTAL A PAGAR    |
|                      |                                   |               |                          |                 | \$1.056.500      |

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 |           |                       |                |               |               |
| EPSC34        | Recaudo SGP Capital Salud | 900298372-9 | 426.900                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 426.900       | 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 |
| 230201          | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 546.400                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 546.400       | 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 |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-11                     | ARL SURA | 890903790-5 | 83.200                 |                  |       |                        | 83.200                | 0         | 0                     | 83.200              |                            |                     | 832               | 83.200        | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |  |  |  |     |              |           |
|---------------|--------|--|--|--|-----|--------------|-----------|
| Código CCF    | Nombre |  |  |  | NIT | Valor Aporte | Días Mora |
|               |        |  |  |  |     |              |           |
|               |        |  |  |  |     |              |           |
|               |        |  |  |  |     |              |           |
|               |        |  |  |  |     |              |           |
|               |        |  |  |  |     |              |           |
|               |        |  |  |  |     |              |           |

| 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                              | 426.900                             | 426.900       |
| Pensión                | 1                              | 546.400                             | 546.400       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 83.200                              | 83.200        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 1.056.500                           | 1.056.500     |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                              |        |                      |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|------------------------------|--------|----------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE             |        | DIRECCIÓN            | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1000601817        | MELANNIE SLAITH VARGAS LOPEZ |        | Carrera 47 #123 a 06 | 9201539            | melannievargas31@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         |
| 2025-06              | 2025-06                           | I             | 24/06/2025               | 87625707        | \$1.056.500 |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                              |           |         |            |                 |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |    |            |          |           |                   |                      |                      |                                |                                 |          |              |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
|-----------------------|------|-----------------------|------------------------------|-----------|---------|------------|-----------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|----|------------|----------|-----------|-------------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|--------------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                              |           |         |            |                 |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     |    | SALUD      |          |           | RIESGOS LABORALES |                      |                      | CCF                            |                                 |          | PARAFISCALES |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres          | Cotizante | Subjeto | Extranjero | Cotiz. exterior | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SLN     | IOE | MAA | VAC | APP | VCT | RL | CORRECCIÓN | 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   | 1000601817            | VARGAS LOPEZ MELANNIE SLAITH | 59        | 0       |            | N               |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |    |            | 230201   | 3.414.656 | 546.400           | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPSC34   | 3.414.656    | 426.900                | 14-11    | 3.414.656 | 3               | 83.200     |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 |

PAGADA

Datos guardados

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                                                 |
|--------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | MELANNIE VARGAS ENERO 2228-2025.pdf   | MELANNIE VARGAS ENERO 2228-2025.pdf   | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | MELANNIE VRAGAS FEBRERO 2228-2025.pdf | MELANNIE VRAGAS FEBRERO 2228-2025.pdf | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | MELANNIE VARGAS MARZO 2228-2025.pdf   | MELANNIE VARGAS MARZO 2228-2025.pdf   | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | MELANNIE VARGAS ABRIL 2228-2025.pdf   | MELANNIE VARGAS ABRIL 2228-2025.pdf   | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | MELANNIE VARGAS MAYO 2228-2025.pdf    | MELANNIE VARGAS MAYO 2228-2025.pdf    | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |

Borrar    Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Datos guardados