



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**

**INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS**



**DATOS DEL INFORME**

|                                |                               |               |                                  |                        |
|--------------------------------|-------------------------------|---------------|----------------------------------|------------------------|
| <b>Periodo a Certificar:</b>   | <b>Desde:</b>                 | 2025-08-01    | <b>Hasta:</b>                    | 2025-08-31             |
| <b>Nombre del Contratista:</b> | JHOEL ALEXANDER BAYONA ARIAS  |               | <b>Número de Documento:</b>      | 91542511               |
| <b>Correo Electrónico:</b>     | jaba628@gmail.com             |               | <b>Número Telefónico:</b>        | 3015265039             |
| <b>Nombre del Supervisor:</b>  | NESTOR RAUL VALERO<br>ZULUAGA | <b>Cargo:</b> | DIRECTOR TECNICO DE<br>URGENCIAS | <b>Código Grado:</b> - |

**DATOS DEL CONTRATO**

|                                      |                                     |                      |      |                              |    |
|--------------------------------------|-------------------------------------|----------------------|------|------------------------------|----|
| <b>No. Contrato:</b>                 | 2954-2025                           | <b>Año Contrato:</b> | 2025 | <b>CDP Contrato Inicial:</b> | 26 |
| <b>Perfil:</b>                       | MÉDICO ESPECIALISTA - ORTOPEDIA     |                      |      |                              |    |
| <b>Dirección a la que Pertenece:</b> | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS |                      |      |                              |    |
| <b>Unidad de Servicios:</b>          | USS MEISSEN                         |                      |      |                              |    |

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

| Centro de Costos                    | Dirección                                  | Unidad   | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total     | Procentaje(%) Centro de Costos |
|-------------------------------------|--|--|--------------|--------------------------|------------|-----------|--------------------------------|
| A25ME                               | DIRECCIÓN DE<br>SERVICIOS<br>AMBULATORIOS  | USS<br>MEISSEN   | 6            | 0                        | 90383      | \$542298  | 3.2%                           |
| I20ORME                             | DIRECCIÓN DE<br>SERVICIOS<br>HOSPITALARIOS | USS<br>MEISSEN   | 84           | 0                        | 90383      | \$7592172 | 45.2%                          |
| B04ME                               | DIRECCIÓN DE<br>SERVICIOS<br>URGENCIAS     | USS<br>MEISSEN   | 96           | 7                        | 90383      | \$9309449 | 55.4%                          |
| <b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b> | <b>\$ 17443919</b>                         | <b>DIECISIETE MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS DIECINUEVEPESOS</b> |              |                          |            |           |                                |

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

|                                     |                     |                          |                    |  |            |
|-------------------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------|--|------------|
| <b>Fecha de Inicio del Contrato</b> | 2025-01-21          |                          |                    | <b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b> | 2025-03-20 |
| <b>No. Prorroga</b>                 | <b>Fecha Inicio</b> | <b>Fecha Terminación</b> | <b>No. Adición</b> | <b>Valor Adición</b>                             | <b>CDP</b> |
| 1                                   | 2025-03-01          | 2025-08-31               | 1                  | \$ 89479170                                      | 26         |
| 2                                   | 2025-03-01          | 2025-08-31               | 2                  | \$ 89479170                                      | 26         |
| 3                                   | 2025-08-11          | 2025-10-31               | 3                  | \$ 31543667                                      | 1314       |

*Carrera 20 No. 47 b - 33 Sur --- Código postal 110611*

| <b>EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO</b>                     |   |   |                             |
|--|---|---|-----------------------------|
| <b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>                     | <b>Mes Cuenta de Cobro</b>  | <b>Valor a Pagar</b>  |                             |
| 1  | ENERO   | \$ 7592172  |                             |
| 2  | FEBRERO   | \$ 14642046   |                             |
| 3  | MARZO   | \$ 16359323   |                             |
| 4  | ABRIL   | \$ 15817025   |                             |
| 5  | MAYO  | \$ 17353536   |                             |
| 6  | JUNIO   | \$ 14822812   |                             |
| 7  | JULIO   | \$ 16901621   |                             |
| 8  | AGOSTO  | \$ 17443919   |                             |
| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>                              |   | <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>   | <b>PAGOS REALIZADOS</b>     |
| \$ 33622476  |   | \$ 244124483  | \$ 120932454                |
| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>                              |   | <b>SALDO DEL CONTRATO</b>   |                             |
| \$ 33622476  |   | \$ 123192029  |                             |
| <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> |
| 1  | 1). Prestar servicios de perfil Médico(a) Especializado(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 MEDICO EN CIRUGIA   | --HISTORIA CLINICA          |
| 2  | 2). Realizar actividades de información, educación, comunicación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.  | -PRESENTA INFORMES Y REPORTES   | - INFORMES Y REPORTES       |
| 3  | 3). Registrar en la historia clínica toda la información del acto médico, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultánea o inmediatamente después de su realización, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique o sustituya). | -VALORAR EVOLUCIONAR Y PRESCRIBIR A LOS PACIENTES A SU CARGO                      | - HISTORIA CLINICA          |

| <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> |
|--|--|--|-----------------------------|
| 4  | 4). Apoyar la elaboración, actualización 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. | -PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO EN CIRUGIA REALIZAR ACTUALIZACION DE GUIAS Y PROTOCOLOS | -GUIAS Y PROTOCOLOS         |
| 5  | 5) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud.   | -CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES QUE SEAN ASIGNADAS SEGÚN EL SERVICIO                      | - HISTORIA CLINICA          |
| 6  | 6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.  | -PRESENTAR INFORMES Y REPORTES AL JEFE INMEDIATO                                       | - INFORMES Y REPORTE        |
| 7  | 7). Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.  | -VALORAR EVOLUCIONAR Y PRESCRIBIR A LOS PACIENTES A SU CARGO                           | - HISTORIA CLINICA          |
| 8  | 8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.  | --COMUNICACIÓN ACERTIVA CON FAMILIARES Y PACIENTES                                     | -HISTORIA CLINICA           |
| 9  | 9). Cumplir las metas de producción acordadas con el supervisor de contrato para efectos de actividades y/o productos de servicio especializado conforme a los lineamientos pactados entre los pagadores y la LA SUBRED SUR E.S.E  | -CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES QUE SEAN ASIGNADAS SEGÚN EL SERVICIO                      | - INFORMES Y REPORTES       |
| 10   | 10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.  | -PRESENTAR INFORMES Y REPORTES   | - INFORMES Y REPORTES       |

| 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 | \$ 16901621 |
| AÑO   | MES                   | AÑO           | MES            | DÍA                                     |   |                             |  |             |
| 2025  | JULIO                 | 2025          | 08             | 26                                      | 89284127  | FEAB - 81                   |  |             |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras |                       |               |                |   | DIECISEIS MILLONES NOVECIENTOS UN MIL SEISCIENTOS VEINTIUNPESOS |                             |  |             |
| Item  |                       |               |                | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización                                      | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado                                   |             |
| Pensionado  |                       |               |                | NO                                      | PROTECCIÓN  |                             | \$ 1081704                                       | \$ 1205900  |
| Salud   |                       |               |                |   | SÁNTAS  | \$ 6760648                  | \$ 845081  | \$ 886700   |
| ARL   |                       |               |                | 5                                       | POSITIVA  |                             | \$ 0   | \$ 0        |
| Caja de Compensación                                    |                       |               |                | NO                                      |   | Total                       | \$ 1962076                                       | \$ 2092600  |
| INFORMACIÓN DE PAGO                                     |                       |               |                |   |   |                             |  |             |
| Entidad Bancaria  | BANCO DAVIVIENDA S.A. |               | Tipo de Cuenta | AHORROS                                 | Número Cuenta   | de                          | 0570006387920173                                 |             |
| HISTÓRICO   |                       |               |                |   |   |                             |  |             |
| OBSERVACIÓN   |                       |               |                | USUARIO                                 |   | FECHA                       |  |             |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                     |                       |               |                | JHOEL ALEXANDER BAYONA ARIAS            |   | 2025-08-26 21:58:53         |  |             |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                                    |                       |               |                | NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA              |   | 2025-08-27 12:13:37         |  |             |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN                                   |                       |               |                | MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA        |   | 2025-08-28 16:23:17         |  |             |

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.



**NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA**  
DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                              |              |              |                                     |
|---------------------|-------------------|------------------------------|--------------|--------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE             | DIRECCIÓN    | TELÉFONO     | CORREO                              |
| CC                  | 91542511          | JHOEL ALEXANDER BAYONA ARIAS | CL 145 21 61 | 3015265039   | jaba62@gmail.com                    |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL              | CÓDIGO       | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO                  |
| ÚNICA               | 1 - Independiente |                              |              | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ D.C.                         |
|                     |                   |                              |              |              | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                              |              |              | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                  |               |                         |                 |                     |
|----------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------|-----------------|---------------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMESIANO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIAMESIANO) | NÚMERO PLANILLA | CAANTIDAD EMPLEADOS |
|                      |                                  |               |                         |                 | UPC                 |
|                      |                                  |               |                         |                 | 0                   |
|                      |                                  |               |                         |                 | TOTAL A PAGAR       |
| 2025-07              | 2025-07                          | 1             | 26/08/2025              | 89284127        | \$2.092.600         |

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 |        |   |         |   |
| EPS005        | Santitas EPS | 800251440-6 | 875.000                | 0             | No. Autorización | Valor               | No. Autorización | Valor                 | 0              | 21            | 11.700 | 0 | 886.700 | 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 | 1.120.000              | 0                          | 0                           | 35.000                   | 35.000                    | 21        | 14.900                | 1.000          | 1.205.900     | 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 |

| 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 |
| 0                    | 21        | 0                 | 0             |
| 0                    | 21        | 0                 | 0             |
| SENA                 |           |                   |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             |
| MEN                  |           |                   |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             |
| SEMA                 |           |                   |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             |
| TOTALES              |           |                   |               |
| 2.065.000            | 2         | 2.065.000         | 2.092.600     |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 875.000                             | 886.700       |
| Pensión                | 1                              | 1.190.000                           | 1.205.900     |
| Riesgos Laborales      | 0                              | 0                                   | 0             |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SEMA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                |                                | 2.065.000                           | 2.092.600     |



**JHOEL ALEXANDER BAYONA ARIAS**

NIT: 91542511-9

Régimen: No responsable de IVA

Persona Natural

CL 145 21 71 NORTE IN 2 AP 304, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 5697680

Email. jaba628@gmail.com

Autorización factura electrónica de venta No. 18764094732702 válida desde 2025-06-24 hasta 2025-12-24 rango desde FEAB-74 hasta FEAB-100.



**Razón Social:** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.  
**NIT :** 900958564-9  
**Dirección:** CRA 24C # 54 -47 SUR, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia  
**Teléfono:** 7300000  
**Email:** facturacionelectronica@subredsur.gov.co

**Forma de Pago:** Crédito  
**Medio de Pago:** Transferencia Débito Interbancario  
**Fecha de Pago:** 31/08/2025  
**Total de Lineas:** 1

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA :** FEAB - 81

**MONEDA:** COP Colombia, Pesos

**HORA EMISIÓN:** 09:55:20-05:00

**FECHA FIRMADO:** 25/08/2025 09:55:24

**FECHA DE EMISIÓN****FECHA DE VENCIMIENTO**

| DIA | MES | AÑO  | DIA | MES | AÑO  |
|-----|-----|------|-----|-----|------|
| 25  | 08  | 2025 | 31  | 08  | 2025 |

| # | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN   | U.M | CANTIDAD | PRECIO U.       | IMPUESTOS |         |       | DCTO. | TOTAL           |
|---|--------|---|-----|----------|-----------------|-----------|---------|-------|-------|-----------------|
|   |        |   |     |          |                 | NOM.      | % o VAL | MONTO |       |                 |
| 1 | 001    | HONORARIOS PROFESIONALES ORTOPEDISTA (193 HORAS) DURANTE EL MES DE AGOSTO 2025 FAVOR NO PRACTICAR RETENECION EN LA FUENTE, POR ECONTRARSE SOMETIDO AL REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION | 94  | 1,00     | \$17.443.919,00 |           |         |       | 0,00  | \$17.443.919,00 |

**Notas:**  
FAVOR NO PRACTICAR RETENECION EN LA FUENTE, POR ECONTRARSE SOMETIDO AL REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION

**SON:** (diecisiete millones cuatrocientos cuarenta y tres mil novecientos diecinueve pesos )  
**CUFE:** 36e7da398a74ecc752a7be665b0f1520a7d6c35abf16a5242909e4370ae7b713f93b9659e3c9134254bfc935b066be72

|                   |                 |
|-------------------|-----------------|
| <b>Subtotal:</b>  | \$17.443.919,00 |
| <b>Cargos:</b>    | \$0.00          |
| <b>Descuento:</b> | \$0.00          |
| <b>Total:</b>     | \$17.443.919,00 |

**Firma Digital:** YRwagK/988jDhN8VQLfuohmsu0yX+glB8fMaMSZ6BldTW7TJvQ8LIPy+6w25M2 ILZyCuiPtxPvaVGkXy652Yq/hwxT0iENyatlUchGyJ6HBT9luJhcGD5q4S4Y8ERr cZ8BLEGgpoOABYTWclhyVioFvHx3BZE8AeuwRzr+nIV4mbgQEX0Rk40dGFIMDwi JZ19XILYRC3QJolvHJOVTUN8ECw2GfbCQStjrxFnyRveBppK1C/7TnNKratMuIDE f8/SLw0QpDZssi+qvZtn0d23ds2d2BIYKIK8BCgsxl68OqqDhf4LaQc1OZQuoAbK g9+VzSqDg3c8KPFQLRZaew==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

**Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.**



- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 **Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

### Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

#### VER CONTRATO

#### Ejecución del Contrato

Porcentaje  Recepción de artículos

#### Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?  Sí  No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|------------|-------------------|------------------|--------------------|---------------------------|--------|
|------------|-------------------|------------------|--------------------|---------------------------|--------|

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

#### Documentos de ejecución del contrato

### Datos guardados

|                          | Descripción   | Nombre del archivo                              | Cargado por |                           |                         |
|--------------------------|---|---|-------------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | CTO 2954-2025 CTA ENERO MEISSEN BAYONA.pdf                  | CTO 2954-2025 CTA ENERO MEISSEN BAYONA.pdf      | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CTO 2954-2025 CTA FEBRERO MEISSEN BAYONA.pdf                | CTO 2954-2025 CTA FEBRERO MEISSEN BAYONA.pdf    | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CTO 2954-2025 CTA MARZO MEISSEN BAYONA.pdf                  | CTO 2954-2025 CTA MARZO MEISSEN BAYONA.pdf      | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CTO 2954-2025 CTA ABRIL MEISSEN BAYONA.pdf                  | CTO 2954-2025 CTA ABRIL MEISSEN BAYONA.pdf      | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CTO 3956-2025 CTA MAYO TUNAL JAVIER DELGADO.pdf (Archivado) | CTO 3956-2025 CTA MAYO TUNAL JAVIER DELGADO.pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CTO 2954-2025 CTA MAYO MEISSEN BAYONA.pdf                   | CTO 2954-2025 CTA MAYO MEISSEN BAYONA.pdf       | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CTO 2954-2025 CTA JUNIO MEISSEN BAYONA.pdf                  | CTO 2954-2025 CTA JUNIO MEISSEN BAYONA.pdf      | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CTO 2954-2025 CTA JULIO MEISSEN BAYONA.pdf                  | CTO 2954-2025 CTA JULIO MEISSEN BAYONA.pdf      | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >