

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.****INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS****DATOS DEL INFORME**

Periodo a Certificar:	Desde:	2025-09-01	Hasta:	2025-09-20
Nombre del Contratista:	ANDRES DAVID RUBIANO AREVALO		Número de Documento:	1013651383
Correo Electrónico:	andresrubiano.psicologo@gmail.com		Número Telefónico:	3183113921
Nombre del Supervisor:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	Cargo:	DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS	Código Grado: - 009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3381-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	26
Perfil:	PSICÓLOGO				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
Unidad de Servicios:	USS CANDELARIA LA NUEVA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
A18VJN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS MANUELA BELTRÁN	54	0	20177	\$1089558	41.5%
A18VAN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS CANDELARIA LA NUEVA	77	0	20177	\$1553629	59.1%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2643187	DOS MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL CIENTO OCHENTA Y SIETE PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-01-21			Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-09-20
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-08-11		1	\$ 326867	1314
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar	
1	ENERO			\$ 1614160	
2	FEBRERO			\$ 3752922	

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
3	MARZO	\$ 3752922	
4	ABRIL	\$ 3752922	
5	MAYO	\$ 3591506	
6	JUNIO	\$ 3752922	
7	JULIO	\$ 3752922	
8	AGOSTO	\$ 3571329	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 30023376		\$ 30350243	\$ 27541605
			SALDO DEL CONTRATO
			\$ 2808638
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Prestar servicios de perfil (profesional de apoyo terapeutico) 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 (SGSSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	-Atención psicoterapeutica a pacientes en los diferentes centros, Manuela Beltran y Candelaria la nueva	-Historias Clinicas, Fichas de Notificación, solicitudes de exámenes
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.	-Abordaje y Psicoeducacion del bienestar psicológico del paciente a fin de prevenir la incidencia de enfermedades en salud mental.	-Historia Clinica
3	Registrar en la historia clinica toda la informacion de la atencion terapeutica, de manera 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 realización, con Integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (logica, clara, completa) y demas criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017, norma que la modifique o sustituya).	-Diligenciar satisfactoriamente todos los campos contenidos en la historia clínica de cada paciente	-Historia Clinica
4	Apoyar la elaboracion, actualizacion de formatos, protocolos, guias, procedimientos de apoyo terapeutico y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes, garantizando las normas universales de bioseguridad.	-Se realiza la adherencia a los protocolos, guías y procedimiento de apoyo terapéutico	-Historia Clinica

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	-Identificación, caracterización y canalización de usuarios de acuerdo a las características de cada individuo o usuario, favoreciendo la identificación de las necesidades de la poblacional	-Historia Clínica
6	Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	-Se remite, deriva y canaliza de acuerdo a las rutas de atención en salud de acuerdo a un enfoque diferencial, curso de vida o condiciones particulares que proporcionen una atención integral	-Solicitudes de exámenes para cada especialidad
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.	-Realizar proceso evaluativo de acuerdo a las necesidades de cada individuo, desarrollando un plan de tratamiento que mitigue y atienda estas necesidades.	-Historia clínica (Plan de manejo)
8	Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.	-Psicoeducar frente a los cambios o complicaciones presentados como parte del proceso de psicoterapia	-Historia clínica campo (Recomendaciones médicas y análisis y evolución)
9	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Desarrollo de actividades planteadas por los profesionales de enlace solicitadas en los puntos asignados para la atención de usuarios	-Historia Clínica, fichas de notificación y solicitudes de exámenes.

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	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	89625924	-		
2025	AGOSTO	2025	09	10				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y UN MIL TRESCIENTOS VEINTINUEVEPESOS			
Item				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	COLFONDOS	\$ 1428532	\$ 228565	\$ 240200
Salud					COMPENSAR		\$ 178567	\$ 187700
ARL				3	SURA		\$ 34799	\$ 36600
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 414589	\$ 464500
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	38395189775	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN				USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				ANDRES DAVID RUBIANO AREVALO		2025-09-25 14:04:21		
RECHAZADO SUPERVISOR				GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA		2025-09-25 21:27:06		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				ANDRES DAVID RUBIANO AREVALO		2025-09-25 22:14:34		
ACEPTADO SUPERVISIÓN				GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA		2025-09-27 09:04:26		
ACEPTADO CONTRATACIÓN				ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2025-09-27 17:43:57		

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.



GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA
DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611
www.subredsur.gov.co
 Teléfono 7300000 Ext 26017
 © Siasur - 2025

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1013651383	ANDRES DAVID RUBIANO AREVALO		Kr 12 I N 26 A 40 SUR	6610858	ANDRESRUBIANO9.2@HOTMAIL.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

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	
2025-08	2025-08	I	10/09/2025	89625924	\$494.600	

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	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	187.700	0		0		0	0	0	0	187.700	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
231001	Colfondos	800227940-6	240.200	0	0	0	0	0	0	0	240.200	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	36.600				36.600	0	0	36.600			366	36.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	30.100	0	0	30.100	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	187.700	187.700
Pensión	1	240.200	240.200
Riesgos Laborales	1	36.600	36.600
CCF	1	30.100	30.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	494.600	494.600

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1013651383	ANDRES DAVID RUBIANO AREVALO	Kr 12 I N 26 A 40 SUR	6610858	ANDRESRUBIANO9.2@HOTMAIL.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	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-08	2025-08	\$494.600				

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																	
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Colim. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	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	1013651383	RUBIANO AREVALO ANDRES DAVID	59	0	N																			231001	1.501.169	240.200	0	0	0	0	EPS008	1.501.169	187.700	14-11	1.501.169	3	36.600	CCF24	1.501.169	30.100	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1013651383	ANDRES DAVID RUBIANO AREVALO		Kr 12 I N 26 A 40 SUR	6610858	ANDRESRUBIANO9.2@HOTMAIL.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	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-09	I	25/09/2025	90101375	\$494.600	

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	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	187.700	0		0		0	0	0	0	187.700	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	
231001	Colfondos	800227940-6	240.200	0	0	0	0	0	0	0	240.200	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	36.600				36.600	0	0	36.600			366	36.600	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	30.100	0	0	30.100	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	187.700	187.700
Pensión	1	240.200	240.200
Riesgos Laborales	1	36.600	36.600
CCF	1	30.100	30.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	494.600	494.600

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1013651383	ANDRES DAVID RUBIANO AREVALO	Kr 12 I N 26 A 40 SUR	6610858	ANDRESRUBIANO9.2@HOTMAIL.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	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-09	2025-09	\$494.600				

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																	
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Colim. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCION	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	1013651383	RUBIANO AREVALO ANDRES DAVID	59	0	N																		231001	1.501.169	240.200	0	0	0	0	EPS008	1.501.169	187.700	14-11	1.501.169	3	36.600	CCF24	1.501.169	30.100	0	0	0	0	0	

PAGADA



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

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

[Aumentar el contraste](#)

UTC -5 22:12:06
ANDRES DAVID RUBI...

Buscar...

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Datos guardados

Cancelar

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"/> Cuenta de Cobro Diciembre SIASUR con Soportes.pdf (Archivado)	Cuenta de Cobro Diciembre SIASUR con Soportes.pdf	Proveedor Detalle
<input type="checkbox"/> Cuenta de Cobro Siasur Enero 2025 con Soportes.pdf (Archivado)	Cuenta de Cobro Siasur Enero 2025 con Soportes.pdf	Proveedor Detalle
<input type="checkbox"/> Cuenta de Cobro Siasur Enero 1-20 con Soportes.pdf (Archivado)	Cuenta de Cobro Siasur Enero 1-20 con Soportes.pdf	Proveedor Detalle
<input type="checkbox"/> Cuenta de Cobro Siasur Enero 21-31 con Soportes.pdf	Cuenta de Cobro Siasur Enero 21-31 con Soportes.pdf	Proveedor Detalle
<input type="checkbox"/> Cuenta de Cobro Siasur Febrero 2025 con Soportes.pdf	Cuenta de Cobro Siasur Febrero 2025 con Soportes.pdf	Proveedor Detalle
<input type="checkbox"/> Cuenta de Cobro Marzo 2025 Siasur con Soportes.pdf	Cuenta de Cobro Marzo 2025 Siasur con Soportes.pdf	Proveedor Detalle
<input type="checkbox"/> Cuenta de Cobro Abril 2025 Siasur Con Soportes.pdf	Cuenta de Cobro Abril 2025 Siasur Con Soportes.pdf	Proveedor Detalle
<input type="checkbox"/> Cuenta de Cobro Mayo Siasur con Soportes.pdf	Cuenta de Cobro Mayo Siasur con Soportes.pdf	Proveedor Detalle
<input type="checkbox"/> Cuenta de Cobro Junio Siasur con Soportes.pdf (Archivado)	Cuenta de Cobro Junio Siasur con Soportes.pdf	Proveedor Detalle
<input type="checkbox"/> Cuenta de Cobro Junio Siasur con Soportes 1.pdf	Cuenta de Cobro Junio Siasur con Soportes 1.pdf	Proveedor Detalle
<input type="checkbox"/> Cuenta de Cobro Julio Siasur con Soportes.pdf	Cuenta de Cobro Julio Siasur con Soportes.pdf	Proveedor Detalle
<input type="checkbox"/> Cuenta de Cobro SIASUR Agosto con soportes.pdf (Archivado)	Cuenta de Cobro SIASUR Agosto con soportes.pdf	Proveedor Detalle
<input type="checkbox"/> Cuenta de Cobro Agosto 2025 SIASUR con soportes.pdf	Cuenta de Cobro Agosto 2025 SIASUR con soportes.pdf	Proveedor Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >