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: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**CAROL STEFANIA SALGADO QUINCHE**			**CC:**	**1013646862**
CORREO ELECTRÓNICO:	**CAROL.SALGADO128@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3133258768**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 6 B 2 23**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**NU**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**91988534**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 6596 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.293.600**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31**				

CAROL STEFANIA SALGADO QUINCHE
PS_6596_2025_A2BAC9

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CAROL STEFANIA SALGADO QUINCHE
CC: 1013646862
CEL: 3133258768

Secretaría 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 Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** AP-IA-FT-077 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
CAROL STEFANIA SALGADO QUINCHE			
	CON C.C N°	**1.013.646.862**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTI?N COMO TECNOLOGO EN SANEAMIENTO AMBIENTAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 6596 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.293.600	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 3.293.600	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.293.600
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (01) MES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA		

ITEM	II. 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	1. Obligación 1: PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDAD NCIONES COLECTIVAS EN EL DISTRITO CAPITAL SEGUN CONVENIO PSPIC VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 1.1. Actividades desarrolladas: Desarrollo de actividades de IVC y en proyecto de vigilancia intensificada Corferias de acuerdo al cronograma planificado. 1.2. Productos (evidencias): Formato físico de actas IVC y demás diligenciadas en archivo central del área VSA, anexos y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC
2	2. Obligación 2: PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2.1. Actividades desarrolladas: Planeación de actividades mensuales y base para su desarrollo. 2.2. Productos (evidencias): Cronograma mensual.
3	3. Obligación 3: APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, PRESENTANDO LA INFORMACIÓN Y/O SOPORTES QUE SE SOLICITE CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO PSPIC VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED 3.1. Actividades desarrolladas: Desarrollo de actividades de IVC y en proyecto de vigilancia intensificada Corferias de acuerdo al cronograma planificado. 3.2. Productos (evidencias): Formato físico de actas IVC y demás diligenciadas en archivo central del área VSA, anexos y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC
4	4. Obligación 4: APOYAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD Y AQUELLAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD 4.1. Actividades desarrolladas: Desarrollo de actividades de IVC y en proyecto de vigilancia intensificada Corferias de acuerdo al cronograma planificado. 4.2. Productos (evidencias): Formato físico de actas IVC y demás diligenciadas en archivo central del área VSA, anexos y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC
5	5. Obligación 5: REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO PSPIC VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 5.1. Actividades desarrolladas: Lectura de lineamientos técnicos de nueva vigencia entre el FDS y la SUBRED. 5.2. Productos (evidencias): Mapas conceptuales de los lineamientos técnicos cargados en drive y entregados en físico a líder de línea CASB.
6	6. Obligación 6: CUMPLIR CON LA META, ACTIVIDADES Y/O PRODUCTOS PROGRAMADOS Y ASIGNADOS CON LA CALIDAD DEL DATO REQUERIDA (OPORTUNIDAD CONSISTENCIA, EXACTITUD) DESDE SU PERFIL TECNICO Y CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TECNICOS DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PSPIC 6.1. Actividades desarrolladas: Realizar la entrega oportuna de actas y soportes resultado de las actividades de IVC y vigilancia intensificada corferias. 6.2. Productos (evidencias): Formato físico de actas IVC y demás diligenciadas en archivo central del área VSA, anexos y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC
	7. Obligación 7: REALIZAR CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD LOS PROCESOS DE CAPTURA DEL DATO REVISION Y CUSTODIA DE LOS FORMATOS, DOCUMENTOS Y/O BASES DE DATOS Y APLICATIVOS, QUE CORRESPONDAN A LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS DE ACUERDO A LOS LINEAMENTOS TECNICOS DE LOS ENTORNOS Y PROCESOS

TRANSVERSALES DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PSPIC

7.1. Actividades desarrolladas: Desarrollo de actividades de IVC y en proyecto de vigilancia intensificada Corferias de acuerdo al cronograma planificado.

7.2. Productos (evidencias): Formato físico de actas IVC y demás diligenciadas en archivo central del área VSA, anexos y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC

7	
8	8. Obligación 8: DAR CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE LOS PROCESOS TRANSVERSALES DEL PSPIC, DE ACUERDO A SU COMPETENCIA CANALIZACIONES A EDUCACIÓN PARA LA SALUD PUBLICA, GESL ACCVSYE, NOTIFICACIÓN DE GESI, PARTICIPACIÓN SOCIAL 8.1. Actividades desarrolladas: Atención a jornada distrital de vacunación antirrábica. 8.2. Productos (evidencias): Formato físico de planillas correspondientes al proceso de vacunación antirrábica.
9	9. Obligación 9: El contratista se obliga a que las glosas que se generen por incumplimiento de las obligaciones contractuales y de acuerdo a los hallazgos que identifique el equipo de seguimiento y/o interventoría del FFDS_SDS al Convenio Interadministrativo PSPIC (conforme al anexo de CRITERIOS DE GLOSA), serán causal de inicio de apertura de procedimiento administrativo sancionatorio de incumplimiento contractual. 9.1. Actividades desarrolladas: Durante el mes no se recibió visita por parte de la SDS_FFD para realizar el proceso de auditoría del componente de VSA, sin embargo, fue realizado el proceso de preauditoria de la línea de intervención garantizando así la calidad y oportunidad de los soportes de las actividades ejecutadas, PENDIENTE SEGUIMIENTO AUDITORIA. 9.2. Productos (evidencias): Durante el mes no se recibió visita por parte de la SDS_FFD para realizar el proceso de auditoría del componente de VSA, sin embargo, fue realizado el proceso de preauditoria de la línea de intervención garantizando así la calidad y oportunidad de los soportes de las actividades ejecutadas, PENDIENTE SEGUIMIENTO AUDITORIA.
10	10. Obligación 10: REALIZAR LAS DEMAS OBLIGACIONES QUE SE RPELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISION 10.1 Actividades desarrolladas: Desarrollo de actividades en el componente de la vigilancia de la salud ambiental según programación. 10.2 Productos (evidencias): Soportes entregados en el componente de vigilancia de la salud ambiental.

III. VERIFICACION 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 **clausula "Forma de Pago,** ***CERTIFICO*** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR		$ 0
PENSIÓN:	PORVENIR		$ 0
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA		$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 0

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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 sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, 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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*CAROL STEFANIA SALGADO QUINCHE* *PS_6596_2025_A2BAC9* **CAROL STEFANIA SALGADO QUINCHE** **CC: 1013646862**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ* *PS_6596_2025_A2BAC9* **JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_6596_2025_A2BAC9* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1013646862	CAROL STEFANIA SALGADO QUINCHE	KR 6B 2 23	3133258768	CAROLSALGADO69@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SOACHA		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	
2025-09	2025-09	I	15/10/2025	90245416	$513.900	

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	195.000	0		0		0	0	0	0	195.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	249.600	0	0	0	0	0	0		249.600	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	860011153-6	38.100				38.100	0	0	38.100			381	38.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	31.200	0	0	31.200	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	195.000	195.000
Pensión	1	249.600	249.600
Riesgos Laborales	1	38.100	38.100
CCF	1	31.200	31.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	513.900	513.900

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE APORTANTE**		**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**CORREO**
CC	1013646862	CAROL STEFANIA SALGADO QUINCHE		KR 6B 2 23	3133258768	CAROLSALGADO69@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	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**	
2025-09	2025-09	I	15/10/2025	90245416	$513.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**Colom. exterior**	**Estornado**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRL**	**CORRECCIÓN**	**Cód. AFP**	**IBC AFP**	**Cotización**	**Voluntario 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	1013646862	SALGADO QUINCHE CAROL STEFANIA	59	0			N																			230301	1.560.000	249.600	0	0	0	0	EPS008	1.560.000	195.000	14-23	1.560.000	3	38.100	CCF24	1.560.000	31.200	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Gmail carol <carolsalgado69@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 1853025839

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 15 de octubre de 2025, 10:39
Para: carolsalgado69@gmail.com

¡Hola, Carol Stefania Salgado Quinche!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 513.900

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 15/10/2025

CUS: 1853025839

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

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		
☐	PS 3995 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 3995 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3995 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES ENERO 2025.pdf	PS 3995 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES ENERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3995 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 3995 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	NC2 PIC CAMBIO SUPERVISOR 6-3-2025.zip	NC2 PIC CAMBIO SUPERVISOR 6-3-2025.zip	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 3995 2025 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 6-3-2025.pdf	PS 3995 2025 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 6-3-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 3995 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES FEBRERO 2025.pdf (Archivado)	PS 3995 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES FEBRERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS 3995 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf (Archivado)	PS 3995 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3995 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES FEBRERO 2025.pdf	PS 3995 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES FEBRERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3995 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 3995 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	NC PIC CAMBIO SUPERVISOR 2-4-25.zip	NC PIC CAMBIO SUPERVISOR 2-4-25.zip	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 3995 2025 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 2-4-25.pdf	PS 3995 2025 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 2-4-25.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 3995 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES MARZO 2025.pdf	PS 3995 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES MARZO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3995 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	PS 3995 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3995 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025 INDEXACION.pdf	PS 3995 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025 INDEXACION.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3995 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 3995 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3995 2025 CUENTAS DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 3995 2025 CUENTAS DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 3995 2025 CRP-5700.pdf	1 PS 3995 2025 CRP-5700.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 3995 2025 CRP-14433.pdf	2 PS 3995 2025 CRP-14433.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3 PS 3995 2025 CRP-16741.pdf	3 PS 3995 2025 CRP-16741.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 3995 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 3995 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

☐	PS 3995 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 3995 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3995 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES JULIO 2025.pdf	PS 3995 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3995 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 3995 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS 3995 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025..pdf (Archivado)	PS 3995 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025...pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3995 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025....pdf	PS 3995 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025....pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4 PS 3995 2025 CRP-20629.pdf	4 PS 3995 2025 CRP-20629.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	5 PS 3995 2025 CRP-22023.pdf	5 PS 3995 2025 CRP-22023.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo