

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	YODY ZORAIDA ORTIZ ORTIZ			CC:	1072618331
CORREO ELECTRÓNICO:	zori1525@gmail.com			TELÉFONO:	3153542371
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 90 A 4 40			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488416006002
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 4993 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 234.648	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/03/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/09/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30				
 YODY ZORAIDA ORTIZ ORTIZ PS_4993_2025_88868F NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YODY ZORAIDA ORTIZ ORTIZ CC: 1072618331 CEL: 3153542371					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
YODY ZORAIDA ORTIZ ORTIZ

CON C.C N° 1.072.618.331

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO FISIOTERAPEUTA ESPECIALISTA 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 4993 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/03/03
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 20.738.431	No. HORAS EJECUTADAS	8
----------------------------	---------------	----------------------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 26.135.335	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 234.648
--	---------------	---	------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES
---	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE
---	---------------------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON
------------------------	------------------------------

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	Obligación 1. Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 1.1 Actividades desarrolladas: Intervenciones epidemiológicas de campo de alto impacto, en donde se realizan las precríticas de las fichas de los casos asignados; se solicitan los ajustes de cada ficha en aplicativo SIVIGILA de acuerdo con lo evidenciado en la intervención de campo. De igual forma, se realiza entrega de quimioprofilaxis a los casos que requieren manejo para el evento de tos ferina y meningitis asignadas. Se realiza seguimiento a los contactos identificados de cada caso. Se realizan las canalizaciones respectivas de acuerdo con las necesidades identificadas en cada caso intervenido. 1.2 Producto (evidencia): 172.26.33.40sivigila2025\$250.46.3IEC1.IEC_SIVIGILA
---	---

2	Obligación 2. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2.1 Actividades desarrolladas: Presentar y actualizar semanalmente cronograma mensual y realizar la proyección del mes siguiente. 2.2 Producto (evidencia): https://subredcentrooriente-my.sharepoint.com/personal/givspcentrooriente_subredcentrooriente_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?CT=1752169109704&OR=OWA%2DNT%2DMail&CID=48b1fe83%2D4a76%2D9cfd%2D7a0f%2Df955b72cdb89&e=5%3A8b228d56a7a44e719f7e3011d38b82cc&sharingv2=true&fromShare=true&at=9&id=%2Fpersonal%2Fgivspcentrooriente%5Fsubredcentrooriente%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FVIGILANCIA%20EN%20SALUD%20PUBLICA%2FCRONO%5FPREA%2FVSP%5F%5FCRON%5FPREAU%2F2025%5FVSP%5FPREAU%5FCRON&FolderCTID=0x012000DE3BBA7D42867544A9CC207395B9C08E&view=0
---	--

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: Dentro de los soportes generados, se realizan las intervenciones epidemiológicas en los soportes magnéticos correspondientes al convenio y se hace entrega de soporte físico de la intervención (listado de firmas de asistencia, formulas y consentimientos informados); diligenciando todas las variables, se actualiza información en aplicativo SIVIGILA y se hace seguimiento de los casos abordados. 3.2 Producto (evidencia): 172.26.33.40sivigila2025\$250.46.3IEC1.IEC_SIVIGILA
---	--

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: Se realizan los ajustes solicitados a las intervenciones realizadas en pro de la mejora de la calidad del producto realizado. 4.2 Producto (evidencia): 172.26.33.40sivigila2025\$250.46.3IEC1.IEC_SIVIGILA
---	---

5	Obligación 5. Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) desde su perfil profesional y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre el FDS y la Subred. 5.1 Actividades desarrolladas: Se realizan las intervenciones asignadas de acuerdo con la programación. 5.2 Producto (evidencia): 172.26.33.40sivigila2025\$250.46.3IEC1.IEC_SIVIGILA
	Obligación 6. Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 6.1 Actividades desarrolladas: Se realiza la revisión de lineamientos para el próximo convenio, lectura y socialización de la información recibida.

6			
7	Obligación 7. Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del plan de intervenciones colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales. 7.1 Actividades desarrolladas: Se realizan intervenciones epidemiológicas de campo, de acuerdo con la asignación realizada. 7.2 Producto (evidencia): 5.2 Producto (evidencia): 172.26.33.40sivigila2025\$250.46.3IEC1.IEC_SIVIGILA		
8	Obligación 8. Realizar las intervenciones epidemiológicas de campo, bloqueo y búsqueda activa comunitaria de los eventos de interés en salud pública, según demanda nuevo VSP. 8.1 Actividades desarrolladas: Se realizan intervenciones epidemiológicas de campo, diligenciando la información en los formatos establecidos realizando las entregas en los tiempos establecidos de acuerdo con cada intervención realizada. 8.2 Producto (evidencia): 172.26.33.40sivigila2025\$250.46.3IEC1.IEC_SIVIGILA		
9	Obligación 9. Orientar técnica y operativamente las actividades que adelante el equipo de la línea de intervención, subsistema y/o estrategia del proceso transversal o entorno asignado en la construcción de los diferentes productos, actividades y/o metas conforme a los anexos y lineamientos técnicos. 9.1 Actividades desarrolladas: Las intervenciones de campo realizadas se enmarcan en la calidad del producto, con oportunidad de acuerdo con los tiempos establecidos en los lineamientos y necesidades de cada intervención realizada. 9.2 Producto (evidencia): 172.26.33.40sivigila2025\$250.46.3IEC1.IEC_SIVIGILA		
10	Obligación 10. NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES. 10.1 Actividades desarrolladas: Se intervienen los eventos asignados, notificados por las UPGD locales e Inter locales. 10.2 Producto (evidencia): 172.26.33.40sivigila2025\$250.46.3IEC1.IEC_SIVIGILA		
11	Obligación 11. ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 11.1 Actividades desarrolladas: Se hace entrega de los productos físicos generados en las intervenciones asignadas, entre ellos, los formatos de firma de visita, consentimiento informado y formulas de las quimioprofilaxis, así mismo, los formatos físicos de las acciones de bloqueo realizadas. 11.2 Producto (evidencia): 172.26.33.40sivigila2025\$250.46.3IEC1.IEC_SIVIGILA		
12	Obligación 12. Dar cumplimiento a las actividades de los procesos transversales del PSPIC, de acuerdo a su competencia: canalizaciones, pai, educación para la salud pública, GESI, ACCVSYE, notificación de EISP y participación social. 12.1 Actividades desarrolladas: Para estas horas adicionales no se realizan canalizaciones. 12.2 Producto (evidencia): 172.26.33.40sivigila2025\$250.46.3IEC1.IEC_SIVIGILA		
13	Obligación 13. 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. 13.1 Actividades desarrolladas: A espera de retroalimentación por parte del grupo auditor de los productos generados. Todos los soportes para auditoria se encuentran en la ruta relacionada. 13.2 Producto (evidencia): 172.26.33.40sivigila2025\$250.46.3IEC1.IEC_SIVIGILA		
14	14. Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. 14.1 Actividades desarrolladas: Asistencia mensual a mesa de trabajo de SIVIGILA Transmisibles en secretaria distrital de salud. 14.2 Producto (evidencia): 172.26.33.40sivigila2025\$250_46_8_PRODUCTOS_SIVIGILA12_MESA_SIVIGILA_TRANSMISIBLESESEPTIEMBRE		
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 (2025-09-01) AL (2025-09-30)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 89785091	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/09/11	\$ 359.400
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/09/11	\$ 460.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/09/11	\$ 70.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 889.500
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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut) 3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro . 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.			
VII. ANEXOS			
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)			
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 YODY ZORAIDA ORTIZ ORTIZ PS_4993_2025_88868F YODY ZORAIDA ORTIZ ORTIZ CC: 1072618331		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 NELCY AYDEE FLOREZ PADILLA PS_4993_2025_88868F NELCY AYDEE FLOREZ PADILLA SUPERVISOR ALTERNO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 MARIA CRISTINA DUARTE GARZON PS_4993_2025_88868F MARIA CRISTINA DUARTE GARZON SUPERVISOR DEL CONTRATO		

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	
CC	1072618331	YODY ZORAIDA ORTIZ ORTIZ		CII 3 #2-40	3192730770	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	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
2025-08	2025-08	I	11/09/2025	89785091	TOTAL A PAGAR \$949.000

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	359.400	0		0		0	3	700	0	360.100	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	460.000	0	0	0	0	3	900	0	460.900	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
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	70.100				70.100	3	200	70.300			701	70.300	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	57.500	3	200	57.700	1	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	3	0	0	0
ICBF				
0	3	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	359.400	360.100
Pensión	1	460.000	460.900
Riesgos Laborales	1	70.100	70.300
CCF	1	57.500	57.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	947.000	949.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1072618331	YODY ZORAIDA ORTIZ ORTIZ		CII 3 #2-40	3192730770	zori1525@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
2025-08	2025-08	I	11/09/2025	89785091	\$949.000
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES										
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clase de Riesgo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	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	1072618331	ORTIZ ORTIZ YODY ZORAIDA	59	0	N																				230301	2.874.438	460.000	0	0	0	0	EPS008	2.874.438	359.400	14-11	2.874.438	3	70.100	CCF24	2.874.438	57.500	0	0	0	0	0

PAGADA



Yody Ortiz <zori1525@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada CUS 1769480017

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: zori1525@gmail.com

11 de septiembre de 2025, 12:03

**¡Hola, Yody Zoraida Ortiz Ortiz!****Estado de la Transacción:** **Aprobada ****Los siguientes son los datos de tu transacción:****Valor:** \$ 949.000**Empresa:** COMPENSAR-OI**Descripción:** MiPlanilla.com Pago Proteccion Social**Fecha de la transacción:** 11/09/2025**CUS:** 1769480017

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.

"AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:

La información contenida en este email está destinada para el uso del individuo o entidad a la cual está direccionado y contiene información que es de carácter Confidencial o Privada. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier retención, distribución, utilización, divulgación o copia del presente mensaje está terminantemente prohibida y puede ser sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor notificar al remitente o a la dirección <https://www.pse.com.co/web/guest/persona-centro-de-ayuda> en el botón habla con nosotros, y elimine el mensaje y cualquier copia del mismo de forma inmediata. Este mensaje ha sido revisado con software antivirus, para evitar que contenga código malicioso que pueda afectar sistemas de cómputo, sin embargo, es responsabilidad del destinatario confirmar este hecho en el momento de su recepción. El presente mensaje no es una declaración oficial de ACH COLOMBIA S.A ni de ninguno de sus miembros de los cuerpos directivos de la compañía. Gracias."



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

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

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
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados				

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo
☐ PS_4993_2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2025.pdf	PS_4993_2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2025.pdf
☐ PS_4993_2025_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2025.pdf	PS_4993_2025_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2025.pdf
☐ PS_4993_2025_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2025_INDEXACIÓN.pdf	PS_4993_2025_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2025_INDEXACIÓN.pd
☐ PS_4993_2025_CUENTA_DE_COBRO_MAYO_2025.pdf	PS_4993_2025_CUENTA_DE_COBRO_MAYO_2025.pdf
☐ PS 4993 2025 CRP 23-05-2025.pdf	PS 4993 2025 CRP 23-05-2025.pdf
☐ PS_4993_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_MAYO_2025.pdf	PS_4993_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_MAYO_2025.p
☐ PS_4993_2025_CUENTA_DE_COBRO_JUNIO_2025.pdf	PS_4993_2025_CUENTA_DE_COBRO_JUNIO_2025.pdf
☐ PS_4993_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_JUNIO_2025.pdf	PS_4993_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_JUNIO_2025.f
☐ PS_4993_2025_CUENTA_DE_COBRO_JULIO_2025.pdf	PS_4993_2025_CUENTA_DE_COBRO_JULIO_2025.pdf
☐ 2 PS 4993 2025 CRP-14675.pdf	2 PS 4993 2025 CRP-14675.pdf
☐ 3 PS 4993 2025 CRP-16862.pdf	3 PS 4993 2025 CRP-16862.pdf
☐ 4 PS 4993 2025 CRP-20851.pdf	4 PS 4993 2025 CRP-20851.pdf
☐ 5 PS 4993 2025 CRP-22241.pdf	5 PS 4993 2025 CRP-22241.pdf
☐ PS_4993_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_JULIO_2025.pdf	PS_4993_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_JULIO_2025.p
☐ PS_4993_2025_CUENTA_DE_COBRO_AGOSTO_2025.pdf	PS_4993_2025_CUENTA_DE_COBRO_AGOSTO_2025.pdf
☐ PS_4993_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_AGOSTO_2025.pdf	PS_4993_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_AGOSTO_202
☐ PS_4993_2025_CUENTA_DE_COBRO_SEPTIEMBRE_2025.pdf	PS_4993_2025_CUENTA_DE_COBRO_SEPTIEMBRE_2025.pdf

Cancelar