Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2025-10-01	**Hasta:**	2025-10-31	
Nombre del Contratista:	NATHALIA CATHERINE JIMÉNEZ CRUZ		**Número de Documento:**	1031140818	
Correo Electrónico:	nathik.1408@gmail.com		**Número Telefónico:**	3144873594	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6925-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	1675
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO II-EBE				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	USS SANTA MARTA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
V07UI552	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	184	0	16200	$2980800	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2980800**	**DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-10-01	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-11-30

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5961600	**$ 5961600**	**$ 0**	**$ 5961600**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA

© Siasur - 2025

1	Efectuar el procesamiento de los informes consolidados y las planillas físicas de visita entregadas por los equipos, para su trámite final y archivo, asegurando la correspondencia con los registros del sistema.	-Verificar soportes de planillas de las visitas de los equipos, tanto en fisico como en el aplicativo. Asegurando el registro en el sistema.	-base de datos.
2	Apoyar a los Líderes de Gestión Operativa en las labores administrativas requeridas para el funcionamiento de los equipos en territorio.	-Acompañamiento en las precriticas programadas para el equipo, contra físico y aplicativo, y demás gestiones operativas.	- bases de datos, formatos en fisicos.
3	Registrar y sistematizar la información de las actividades desarrolladas por los equipos operativos en los formatos e instrumentos designados para tal fin.	- hacerle seguimiento por medio de formatos de asistencia del equipo a reuniones y fortalecimientos.	- listados de asistencia y base de datos.
4	Gestionar la logística para la entrega de insumos, papelería y materiales necesarios para el desarrollo de las acciones en campo por parte de los equipos operativos.	- Se realiza entrega de insumos y papelería de acuerdo a la distribución y a la necesidad de los equipos, los primeros días de cada mes.	- formato en fisico y digital para entrega de insumos
5	Asistir en la organización de la agenda y la logística de las atenciones y actividades territoriales.	- Acompañamiento y seguimiento en campo a los equipos, por parte del lider y tecnico administrativo, para la verificacion de soportes y avances de la meta	- formatos en fisicos actas y digitales , listados de asistencia
6	Verificar que los equipos operativos dispongan de los formatos y documentos actualizados y necesarios para su labor, como consentimientos informados o fichas de caracterización.	- Verificación, actualización, seguimiento y entrega de los formatos dispuestos para el diligenciamiento por los equipos en campo, para entrega de productos de acuerdo a la caja de herramientas	- caja de herramientas y formatos impresos en físico
7	Recopilar y organizar los soportes de las actividades realizadas por los equipos (listados de asistencia, actas, etc.) para la elaboración de los informes de gestión.	- De acuerdo a los procesos realizados como entrega de insumos , soportes de entrega de productos en las precriticas , y demas procesos operativos ,se organizan por carpetas para procesos de auditoria y seguimientos.	- planillas, listados de asistencia , actas entre otros.
8	Brindar soporte de primer nivel al personal operativo en el uso de herramientas y plataformas administrativas básicas.	- Seguimiento de las solicitudes de actualizacion de cursos o capacitaciones, cuentas de cobro en la plataforma siasur, y verificacion de planillas mensuales con el operador.	-base de datos
9	Tramitar las solicitudes de transporte y logística para el desplazamiento de los equipos a los diferentes territorios.	- Realizar seguimiento diario de los cronogramas vehicular, dispuesto por cada lider para sus equipos en terreno de acuerdo a la disponibilidad	- Drive
10	Elaborar las actas y relatorías de las reuniones de los equipos operativos, documentando los compromisos y decisiones.	- Tomar registro de las novedades que se presenten en la verificación de soportes y realizar seguimiento para su cumplimiento con el fin de disminuir hallazgos.	- actas y listados de asistencia.
11	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	- Asistir a reuniones territoriales y capacitaciones y apoyar el proceso de gestión documental.	- listados de asistencia y base de datos

© Siasur - 2025

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	$ 2698544
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	89778695	-		
2025	**SEPTIEMBRE**	**2025**	**10**	**10**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		**DOS MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CUATROPESOS**						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1423500	$ 227760	**$ 228400**
Salud		SÁNITAS		$ 177938	**$ 178500**
ARL	3	SURA		$ 34676	**$ 34800**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 413129**	**$ 441700**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	94489580289

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	NATHALIA CATHERINE JIMENEZ CRUZ	2025-10-24 14:32:33
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	NATHALIA CATHERINE JIMENEZ CRUZ	2025-10-27 20:25:59
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	NATHALIA CATHERINE JIMENEZ CRUZ	2025-10-27 20:26:59
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-10-28 22:18:25
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-10-29 21:15:36

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.

YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

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	1031140818	NATHALIA CATHERINE JIMENEZ CRUZ	diagonal 52 b sur # 27 17	3143394423	nathik.1408@gmail.com	
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 (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-09	I	10/10/2025	89778695	$470.300	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0		0		0	4	500	0	178.500	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	227.800	0	0	0	0	4	600	0	228.400	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	34.700				34.700	4	100	34.800			347	34.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	28.500	4	100	28.600	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	4	0	0	0
ICBF				
0	4	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	178.000	178.500
Pensión	1	227.800	228.400
Riesgos Laborales	1	34.700	34.800
CCF	1	28.500	28.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	469.000	470.300

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1031140818	NATHALIA CATHERINE JIMENEZ CRUZ		diagonal 52 b sur # 27 17	3143394423	nathik.1408@gmail.com	
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 (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	10/10/2025	89778695	$470.300	

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	1031140818	JIMENEZ CRUZ NATHALIA CATHERINE	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700	CCF21	1.423.500	28.500	0	0	0	0	0

PAGADA

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

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios Salud Sur E.S.E. certifica que:

NATHALIA CATHERINE JIMENEZ CRUZ

1031140818

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

POLÍTICA DE INTEGRIDAD, CONFLICTO DE INTERESES, ANTISOBORNO Y ANTICORRUPCIÓN

con una intensidad de **2** horas

Para constancia se expide:

24 de octubre de 2025

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE
SALUD
BOGOTÁ

Descargar documento | Editar | Cerrar

DETALLE DEL DOCUMENTO

Identificación del documento

ID del documento BAE7B48E2078B560AF841B5CA55D5C417FFB66CE6126C168E284C130D36B5058

Ubicación Archivo

Información del documento

Descripción Informe de Actividades Número 343833.pdf

Nombre Informe de Actividades Número 343833.pdf

Tamaño 70960

Estado No encriptado

Creado por nathalia catherine jimenez cruz

Fecha de creación 13 minutos de tiempo transcurrido *(24/10/2025 10:48:35 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Documento usado en

Tipo	Descripción
Usuario	nathalia catherine jimenez cruz
Entidad	nathalia jimenez cruz

Volver | Descargar documento | Editar | Cerrar

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2025-09-01	**Hasta:**	2025-09-30	
Nombre del Contratista:	NATHALIA CATHERINE JIMÉNEZ CRUZ		**Número de Documento:**	1031140818	
Correo Electrónico:	nathik.1408@gmail.com		**Número Telefónico:**	3144873594	
Nombre del Supervisor:	HELDA JANETH ESCOBAR JIMENEZ	**Cargo:**	PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODGO 237 GRADO 15	**Código - Grado:**	237-15

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5889-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	842
Perfil:	TECNOLOGO PIC				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	SALUD PÚBLICA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
K28PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	14666	$2698544	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2698544**	**DOS MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CUATROPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2025-06-04		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-07-23
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2025-07-20	2025-08-31	1	$ 3598082	1197
2	2025-08-29	2025-09-30	2	$ 2698544	1483

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	JUNIO	$ 2698544
2	JULIO	$ 2698544

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	AGOSTO	$ 2698544
4	SEPTIEMBRE	$ 2698544

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4497550	**$ 10794176**	**$ 10794176**	**$ 0**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	realizar la identificacion y caracterizacion del perfil de riesgo en niños, niñas y adolescentes trabajadores en unidades de trabajo informal.	-Esta actividad no se ejecuto durante el mes	-Esta actividad no se ejecuto durante el mes
2	identificar el riesgo de las condiciones de salud y su entorno y concertacion del plan en unidades de trabajo informal de alto, mediano impacto y bajo impacto.	--Esta actividad no se ejecuto durante el mes	--Esta actividad no se ejecuto durante el mes
3	realizar asesorias para la promocion del autocuidado y gestion del riesgo en salud de las personas que desarrollan actividades en la unidades de trabajo informal (utis) de mediano impacto.	- Se realizan 12 segundas y 12 terceras asesorías para UTI de mediano impacto	Fichas
4	implementar la estrategia entornos saludables en unidades de trabajo informal de mediano impacto.	- Se realiza el monitoreo de 23 UTIS de mediano Impacto	- Fichas
5	realizar seguimiento a la continuidad de la estrategia en unidades de trabajo informal.	-Esta actividad no se ejecuto durante el mes	-Esta actividad no se ejecuto durante el mes
6	participar en Realizar acompañamientos tecnicas y fortalecimiento de capacidades del entorno.	- Se asiste a reuniones y encuentros citados por el entorno laboral y asistencias técnicas citadas por SDS	- Actas de asistencia
7	organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervencion conforme al proceso de gestion documental.	- Actualizar cronograma y formatos de acuerdo a las indicaciones	- Cronograma y formatos
8	Caracterización, identificación y recorridos en Establecimientos relacionados con consumo de alcohol.	- No se realiza esta actividad durante el mes	- No se realiza esta actividad durante el mes
9	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	- Se realiza entrega de 111 kit para el cuidado de la piel y prevención por exposición a rayos ultravioleta	- Actas de entrega

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	$ 2698544
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	89778720	-		
2025	**AGOSTO**	**2025**	**09**	**11**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		**DOS MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CUATROPESOS**						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1423500	$ 227760	**$ 228900**
Salud		SÁNITAS		$ 177938	**$ 178800**
ARL	3	SURA		$ 34676	**$ 34900**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 413129**	**$ 442600**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	94489580289

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	NATHALIA CATHERINE JIMENEZ CRUZ	2025-09-24 11:12:30
RECHAZADO SUPERVISOR	HELDA JANETH ESCOBAR JIMENEZ	2025-09-24 13:11:43
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	NATHALIA CATHERINE JIMENEZ CRUZ	2025-09-24 19:48:00
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	NATHALIA CATHERINE JIMENEZ CRUZ	2025-09-24 19:50:18
ACEPTADO SUPERVISIÓN	HELDA JANETH ESCOBAR JIMENEZ	2025-09-24 19:51:10
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-09-26 15:15:52

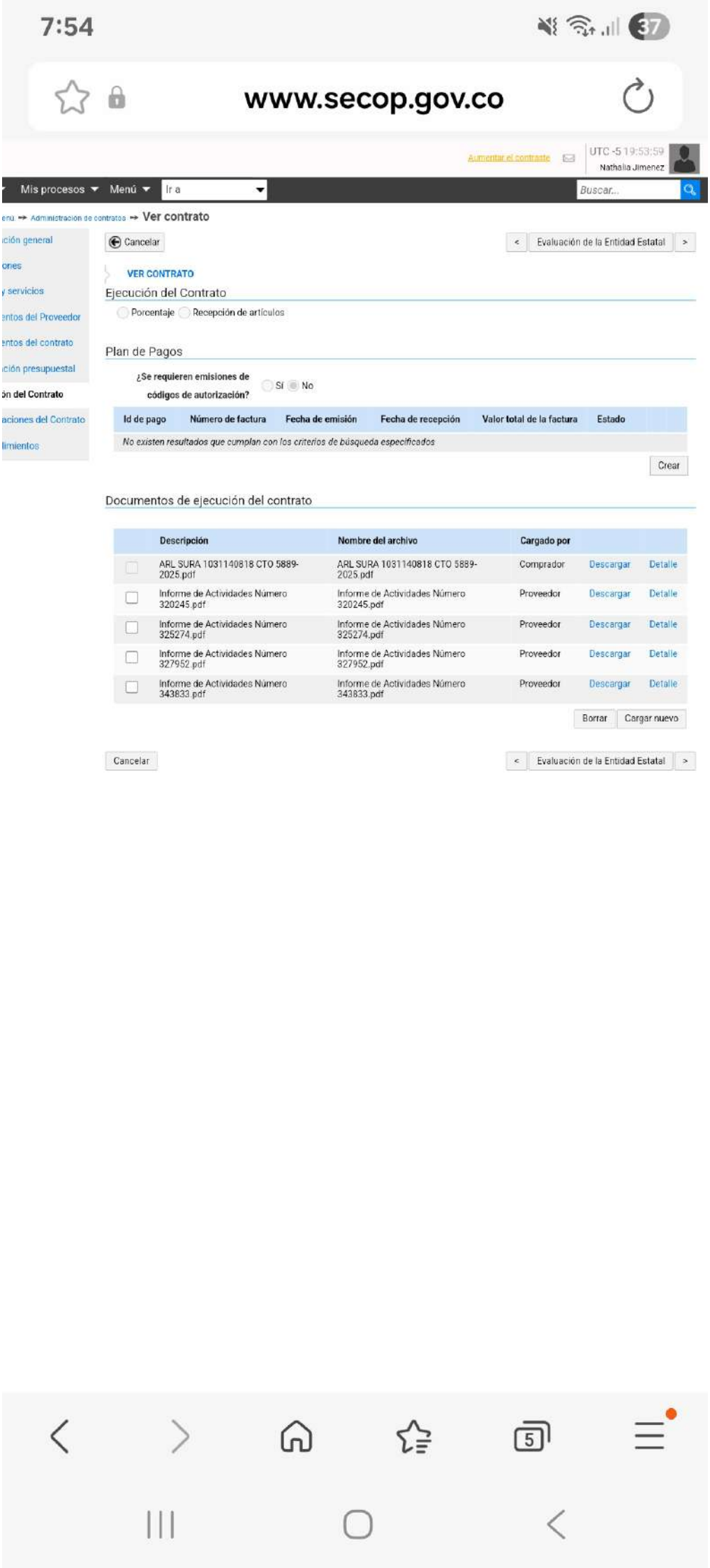
Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)
NOTA: La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

© Siasur - 2025



HELDA JANETH ESCOBAR JIMENEZ
PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODGO 237 GRADO 15

© Siasur - 2025


7:54
www.secop.gov.co
Aumentar el contraste
UTC -5 19:53:59
Nathalia Jimenez
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Administración de contratos
Ver contrato
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
ARL SURA 1031140818 CTO 5889-2025.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
Informe de Actividades Número 320245.pdf
Proveedor
Informe de Actividades Número 325274.pdf
Informe de Actividades Número 327952.pdf
Informe de Actividades Número 343833.pdf
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal