

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)

|                          |                            |                 |           |            |              |
|--------------------------|----------------------------|-----------------|-----------|------------|--------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS:     | OLGA LUCIA ARDILA ALARCON  |                 | CC:       | 39645465   |              |
| CORREO ELECTRÓNICO:      | olgaardila1990@hotmail.com |                 | TELÉFONO: | 3118521070 |              |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:     | CL 21 SUR 68F 18           |                 | CIUDAD:   | BOGOTA     |              |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | BANCO DAVIVIENDA S.A.      | TIPO DE CUENTA: | AHORROS   | N° CUENTA: | 488441038509 |

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

|                          |                              |  |              |
|--------------------------|------------------------------|--|--------------|
| N° DEL CONTRATO:         | PS 6149 2025                 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 6.000.056 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 2025/08/06                   | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   | 2025/10/31   |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31 |  |              |



OLGA LUCIA ARDILA ALARCON  
PS\_6149\_2025\_BA8E7A

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

OLGA LUCIA ARDILA ALARCON

CC: 39645465

CEL: 3118521070

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

**OLGA LUCIA ARDILA ALARCON**

**CON C.C N° 39.645.465**

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b> | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - CONVENIO EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGUN RESOLUCION 1499 26-08-2024 |
|-----------------------------|---|

|  |                     |                              |                   |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|
| <b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b> | <b>PS 6149 2025</b> | <b>FECHA INICIO CONTRATO</b> | <b>2025/08/06</b> |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|

|                                   |              |                             |            |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------------|------------|
| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b> | \$ 5.200.049 | <b>No. HORAS EJECUTADAS</b> | <b>184</b> |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------------|------------|

|   |               |  |              |
|---|---------------|--|--------------|
| <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b> | \$ 17.000.047 | <b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b> | \$ 6.000.056 |
|---|---------------|--|--------------|

|  |                |
|--|----------------|
| <b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b> | TRES (3) MESES |
|--|----------------|

|  |                      |
|--|----------------------|
| <b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b> | HOSPITAL SANTA CLARA |
|--|----------------------|

|                               |                           |
|-------------------------------|---------------------------|
| <b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b> | BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO |
|-------------------------------|---------------------------|

**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)**

- | ITEM | II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)   |
|------|---|
| 1    | SE REALIZA PLAN DE CUIDADO FAMILIAR ATRAVEZ DEL APLICATIVO GTAPS SEGÚN LA ATENCION  |
| 2    | MEDIANTE EL CARGUE EN EL APLICATIVO GTAPS SE REALIZA EL CARGUE DE LAS ATENCIONES REALIZADAS, ESTA ACCIÓN PERMITE CONSOLIDAR LA INFORMACIÓN, GARANTIZAR LA ARTICULACIÓN CON EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO Y FACILITAR EL SEGUIMIENTO DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS INDIVIDUALES  |
| 3    | DESDE EL PERFIL DE ENFERMERÍA, SE REALIZA EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN BRINDADA EN LA BASE DE DATOS DEFINIDA APLICATIVO GTAPS , GARANTIZANDO LA CALIDAD Y VERACIDAD DEL DATO. ASÍ MISMO, SE DILIGENCIA EL PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL (PCI), CONSIGNANDO LAS RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LOS HALLAZGOS ENCONTRADOS DURANTE LA VALORACIÓN  |
| 4    | SE REALIZA LA NOTIFICACIÓN INMEDIATA AL SUBSISTEMA CORRESPONDIENTE (SIVIGILA U OTRO SEGÚN EL EVENTO) SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS. ASIMISMO, SE INFORMA AL GESTOR FAMILIAR Y/O AL EQUIPO DE APOYO DEL EBS MINISTERIO PARA GARANTIZAR EL SEGUIMIENTO,   |
| 5    | DURANTE LA VALORACION INTEGRAL SE REALIZA PRIORIDAD DEL INDIVIDUO   |
| 6    | ASISITIR A COMITES Y/O CAPACITACIONES PROGRAMADAS DURANTE EL MES  |
| 7    | SE IDENTIFICAN LOS PRINCIPALES CAMBIOS EN EL DESARROLLO FÍSICO, EMOCIONAL Y SOCIAL DEL USUARIO, DE ACUERDO CON SU CURSO DE VIDA. ESTA OBSERVACIÓN PERMITE DETECTAR ALTERACIONES TEMPRANAS Y APLICAR INTERVENCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, O REMITIR OPORTUNAMENTE A LOS PROFESIONALES CORRESPONDIENTES  |
| 8    | SE REALIZA LA IDENTIFICACIÓN OPORTUNA DE FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES, FAMILIARES Y COMUNITARIOS DURANTE LAS VALORACIONES Y VISITAS DOMICILIARIAS, CON EL FIN DE PREVENIR POSIBLES COMPLICACIONES EN SALUD. SEGÚN EL HALLAZGO, SE IMPLEMENTAN INTERVENCIONES EDUCATIVAS, ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, Y, EN LOS CASOS QUE LO REQUIEREN, SE GESTIONAN LAS REMISIONES PERTINENTES A MEDICINA, PSICOLOGÍA U OTRAS RUTAS                |
| 9    | E IDENTIFICAN Y POTENCIAN LAS CAPACIDADES, HABILIDADES Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN LOS USUARIOS, SUS FAMILIAS Y CUIDADORES, CON EL PROPÓSITO DE FOMENTAR CONDUCTAS SALUDABLES Y FORTALECER SU ROL ACTIVO EN EL CUIDADO DE LA SALUD. ESTA INTERVENCIÓN SE ORIENTA A PROMOVER LA CORRESPONSABILIDAD,  |
| 10   | EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA LLEVA A CABO LA VALORACIÓN INTEGRAL SEGÚN EL CURSO DE VIDA, DESARROLLANDO LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN ESTABLECIDAS EN LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018. EN CASO DE REQUERIRSE, SE GESTIONAN LAS RESPECTIVAS REMISIONES A MEDICINA, PSICOLOGÍA, O A OTRAS RUTAS DE ATENCIÓN DEFINIDAS POR EL EQUIPO BÁSICO DE SALUD (EBS)   |
| 11   | SE REALIZA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CADA USUARIO VALORADO, VERIFICANDO EL CURSO DE VIDA SEGÚN LO ESTIPULADO EN LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018. DE ACUERDO CON EL CASO Y LAS CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO, SE BRINDÓ ATENCIÓN CORRESPONDIENTE AL CURSO DE VIDA MEDIANTE ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN. EN LOS CASOS QUE LO REQUERÍAN, SE GENERÓ LA RESPECTIVA DERIVACIÓN PARA VALORACIÓN POR MEDICINA, PSICOLOGÍA EBS, MINISTERIO, ENTRE OTROS |

**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° 89856977  | OPERADOR:     | MI PLANILLA       |
| CONCEPTO DEL PAGO                             | ENTIDAD      | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO      |
| SALUD:  | COMPENSAR    | 2025/09/16    | \$ 400.000        |
| PENSIÓN:                                      | COLPENSIONES | 2025/09/16    | \$ 512.000        |
| RIESGOS LABORALES:                            | SURA         | 2025/09/16    | \$ 78.000         |
| OTRO  |              |               |                   |
| <b>TOTAL PAGADO</b>                           |              |               | <b>\$ 990.000</b> |

**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

|  |  |
|--|--|
| <b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>  | <br><b>OLGA LUCIA ARDILA ALARCON</b><br>PS_6149_2025_BA8E7A<br><hr/> <b>OLGA LUCIA ARDILA ALARCON</b><br><b>CC: 39645465</b>            |
| <b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b> | <br><b>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO</b><br>PS_6149_2025_BA8E7A<br><hr/> <b>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO</b><br><b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b> |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                           |        |                      |                    |                            |
|---------------------|-------------------|---------------------------|--------|----------------------|--------------------|----------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE          |        | DIRECCIÓN            | TELÉFONO           | CORREO                     |
| CC                  | 39645465          | OLGA LUCÍA ARDILA ALARCON |        | CRA 71 A N. 8-27 SUR | 2612777            | olgaardila1990@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             | 16/09/2025               | 89856977        | \$990.000     |     |

## 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 | 400.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 400.000       | 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 |
|------------|--------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| 25-14      | Colpensiones | 900336004-7 | 512.000                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     | 0              | 512.000       | 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 | 78.000                 |                  |       |                        | 78.000                | 0         | 0                     | 78.000              |                            |                     | 780               | 78.000        | 1             |

### 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 | No. Afiliados |
|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| <b>SENA</b>  |           |                   |               |               |
| 0            | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ICBF</b>  |           |                   |               |               |
| 0            | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ESAP</b>  |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |
| <b>MEN</b>   |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |

### TOTALES POR SUBSISTEMA

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar  |
|---------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Salud               | 1                              | 400.000                             | 400.000        |
| Pensión             | 1                              | 512.000                             | 512.000        |
| Riesgos Laborales   | 1                              | 78.000                              | 78.000         |
| CCF                 | 0                              | 0                                   | 0              |
| ESAP                | 0                              | 0                                   | 0              |
| ICBF                | 0                              | 0                                   | 0              |
| MEN                 | 0                              | 0                                   | 0              |
| SENA                | 0                              | 0                                   | 0              |
| <b>TOTALES</b>      | <b>3</b>                       | <b>990.000</b>                      | <b>990.000</b> |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                           |        |                      |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|---------------------------|--------|----------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE          |        | DIRECCIÓN            | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 39645465          | OLGA LUCIA ARDILA ALARCON |        | CRA 71 A N. 8-27 SUR | 2612777            | olgaardila1990@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 |
|                     |                   |                           |        |                      |                    | NO                                  |

| 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                           | I             | 16/09/2025               | 89856977        | \$990.000 |               |  |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                           | INFORMACIÓN NOVEDADES |         |           |                  |           |     |     |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |    |    | SALUD |     |     | RIESGOS LABORALES |          |           | CCF        |                      |                      | PARAFISCALES                   |                                 |          |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
|-----------------------|------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|---------|-----------|------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|----|----|-------|-----|-----|-------------------|----------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| No.                   | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres       | Cotizante             | Subjeto | Exonerado | Colom. exonerado | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN    | ISE | MA | MA | ASP   | 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   | 39645465              | ARDILA ALARCON OLGA LUCIA | 59                    | 0       | N         |                  |           |     |     |     |     |     |     |     |     |         |     |    |    |       |     |     |                   | 25-14    | 3.200.000 | 512.000    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS008   | 3.200.000 | 400.000                | 14-11    | 3.200.000 | 3               | 78.000     |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 |

PAGADA

|                                    |                     | % del valor del contrato | % del valor amortizado |
|------------------------------------|---------------------|--------------------------|------------------------|
| Valor total del contrato:          | 17.000.047,00 pesos | -                        | -                      |
| Valor anticipado:                  | 0,00 COP            | 0 %                      | -                      |
| Valor de las entregas:             | 0,00 COP            | 0 %                      | -                      |
| Valor facturado:                   | 0,00 COP            | 0 %                      | -                      |
| Valor facturado pendiente de pago: | 0,00 COP            | 0 %                      | -                      |
| Valor pagado:                      | 0,00 COP            | 0 %                      | -                      |
| Valor amortizado del anticipo:     | 0,00 COP            | 0 %                      | 0 %                    |
| Valor pendiente de amortizar:      | 0,00 COP            | 0 %                      | 0 %                    |
| Valor pendiente de ejecución:      | 17.000.047,00 pesos | 100 %                    | -                      |
| Valor pendiente de entrega:        | 17.000.047,00 pesos | 100 %                    | -                      |

Documentos de ejecución del contrato

| Descripción   | Nombre del archivo                       | Cargado por   |
|---|--|---|
| PS 6094 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf (Archivado)               | PS 6094 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf  | Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> PS 6149 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf  | PS 6149 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf  | Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> PS_6149_2025_SEPTIEMBRE_AFILIACIONES.pdf | PS_6149_2025_SEPTIEMBRE_AFILIACIONES.pdf | Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |

[Borrar](#) [Cargar nuevo](#)

[Volver](#)

[Imprimir](#) [Modificar](#) [<](#) [>](#)