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: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**MARIA ANGELICA PINZON RODRIGUEZ**			**CC:**	**53081260**
CORREO ELECTRÓNICO:	**mariangelicapinzon@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3177868737**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 83 85 A 28**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BBVA COLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**037119484**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7114 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 4.839.200**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

MARIA ANGELICA PINZON RODRIGUEZ
PS_7114_2025_5C006C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARIA ANGELICA PINZON RODRIGUEZ
CC: 53081260
CEL: 3177868737

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			
MARIA ANGELICA PINZON RODRIGUEZ			
	CON C.C N°	**53.081.260**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIA 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 7114 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.839.200	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 9.678.400	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.839.200
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE		

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: Articulaciones con los diferentes entornos y transversalidades del PSPIC para realizar acompañamientos y/o fortalecimientos con respecto a condiciones crónicas no transmisibles. 1.2. Productos Evidencias: Formatos de actas que soportan las actividades desarrolladas, listados de asistencia a los diferentes espacios participativos.
2	Obligación 2. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2.1. Actividades desarrolladas: Cronograma de actividades a desarrollar proyectado para el mes y actualización del mismo frente a la ejecución de las actividades diariamente. 2.2. Productos Evidencias: Archivo en Excel que muestra las actividades a desarrollar diariamente en las diferentes líneas de los lineamientos técnicos de condiciones crónicas no transmisibles en las diferentes localidades y barrios de la subred.
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: Caracterizar las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, establecer un plan de acompañamiento técnico a IPS para el fortalecimiento del abordaje colectivo de las CCNT, fortalecimiento de capacidades del talento humano en salud para la prevención y control de las CCNT, plan de capacitaciones Intersectorial dirigido a los actores del sector salud 3.2. Productos Evidencias: instrumentos de caracterización aplicados durante el mes a las IPS públicas, reporte del resultado de la aplicación del instrumento de caracterización, actas de asistencia técnica mensual con listado de participantes, formato plan de acción enviado a nivel central.
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 Coordinar las jornadas de educación y comunicación con la participación de actores del sector salud y otros sectores, dirigidas a población general, personas con riesgo y/o presencia de condiciones crónicas no transmisibles. 4.2. Productos Evidencias: Actas de concertación de actores participantes, informe de ejecución de la jornada, caja de herramientas con los recursos comunicativos construidos en cada jornada, tablero de control diligenciado de forma mensual.
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: Fortalecimiento de capacidades del talento humano en salud, caracterizar las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, plan de acompañamiento técnico a IPS para el fortalecimiento del abordaje colectivo de las CCNT, Fortalecimiento de capacidades del talento humano en salud para la prevención y control de las CCNT, análisis la información derivada de la aplicación de las pruebas de tamizaje en cada uno de los entornos (laboral, institucional, educativo y comunitario) de acuerdo con el nivel de riesgo identificado para Condiciones Crónicas No Transmisibles, coordinación de las jornadas de educación y comunicación. 5.2. Productos Evidencias: Instrumentos de caracterización aplicados durante el mes, actas de asistencia técnica mensual con listado de participantes, formato de plan de acción, informe mensual que dé cuenta del avance sobre el plan de acción general, actas de concertación de actores participantes, informe de ejecución de la jornada.
6	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 realizaron 4 reuniones con nivel central en donde se apropió el lineamiento y se colaboró en la construcción del plan de acción. 6.2. Productos Evidencias: Actas de reunión y participación junto con los referentes de nivel central para el consolidado de acciones referentes al proceso de condiciones crónicas no transmisibles.

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 llevaron a cabo 2 fortalecimientos con entorno comunitario y educativo. 7.2. Productos Evidencias: Actas de seguimiento con los entornos con listado de asistencia de los participantes al espacio de seguimiento.
8	Obligación 8. Elaborar y presentar dentro de los plazos establecidos los informes y la información requerida con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) y conforme las actividades, metas y productos establecidos en los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 8.1. Actividades desarrolladas: Se da cumplimiento con el cargue en DRIVE dispuesto por nivel central, plan de acción enviado a SDS, plan intersectorial enviado a referentes de nivel central, instrumentos de caracterización cargados y ejecución de 2 jornadas (diabetes y salud visual y jornada de EPOC). 8.2. Productos Evidencias: Archivo en magnético cargada a carpeta compartida en DRIVE desde nivel central, archivo en Excel referente al plan de acción de CCNT, instrumentos de caracterización y actas con listados de asistencia de la planeación y desarrollo de las jornadas.
9	Obligación 9. Realizar el seguimiento en campo y verificación de productos, metas o actividades de los equipos de la línea de intervención, subsistema, proyecto y/o estrategia del proceso transversal o entorno asignado. 9.1. Actividades desarrolladas: se realizaron 4 seguimientos en campo con el punto de cuídate se feliz de la localidad de San Cristóbal, seguimiento al producto 46, seguimiento al producto 66 y seguimiento en campo a gestión y análisis en políticas. 9.2. Productos Evidencias: Actas de acompañamiento técnico a las estrategias de los diferentes entornos y transversalidades con el respectivo listado de asistencia de los participantes a los seguimientos.
10	Obligación 10. Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 10.1. Actividades desarrolladas: Se realiza seguimiento de los casos reportados por parte de los diferentes entornos. 10.2. Productos Evidencias: Actas de seguimiento donde se evidencian el registro de los datos identificados de usuarios con eventos relacionados con condiciones crónicas no transmisibles.
11	Obligación 11. Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 11.1. Actividades desarrolladas: Cargue de archivos relacionados con actas de soporte de las acciones realizadas en el marco de condiciones crónicas no transmisibles. 11.2. Productos Evidencias: Cargue de soportes en carpeta compartida de OneDrive para revisión desde GIPEPB
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 Publica, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social. 12.1. Actividades desarrolladas: Espacios de participación de la mesa para el abordaje integral de las Condiciones Crónicas No Transmisibles, mesas para una vida saludable y MAS Bienestar 12.2. Productos Evidencias Actas de reunión de la mesa, presentando la experiencia exitosa de la mesa de crónicos.
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 Soportes documentales de las acciones realizadas según lineamientos técnicos desde nivel central. 13.2. Productos Evidencias: Actas, formatos de seguimientos e informes con criterios de calidad en su ejecución y elaboración.
14	Obligación 14. Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. 14.1. Actividades desarrolladas: Soportes documentales de las acciones realizadas según lineamientos técnicos desde nivel central. 14.2. Productos Evidencias Actas: formatos de seguimientos, actas de reunión de la mesa de crónicos, avance mensual en el plan de acción general, actas de asistencia técnica mensual en IPS e informes con criterios de calidad en su ejecución y elaboración para revisión.

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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1076475126-1077266117	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/11/13	$ 242.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/11/13	$ 309.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/11/13	$ 47.200
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 599.000

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	*MARIA ANGELICA PINZON RODRIGUEZ* *PS_7114_2025_5C006C* **MARIA ANGELICA PINZON RODRIGUEZ** **CC: 53081260**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE* *PS_7114_2025_5C006C* **LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-11-13, 07:55:44 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1076475126

Periodo Cotización: octubre de 2025 **Periodo Servicio:** octubre de 2025

PAGADO 13/11/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARIA ANGELICA PINZON RODRIGUEZ		
Documento	CC53081260	**Dirección**	CALLE 83 85A 28
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3177868737
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS BOLIVAR

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 53081260	MARIA ANGELICA PINZON RODRIGUEZ	59	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 1.904.842	$ 304.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.904.842	$ 238.200	2,436	$ 1.904.842	$ 46.500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 589.500

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.904.842	$ 1.904.842	$ 1.904.842	$ 0	$ 304.800	$ 238.200	$ 46.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 589.500	$ 0	$ 589.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Listo

Finalizaste tu pago

BBVA

Pago exitoso

$589.500,00

13 nov, 2025--2:41:22 PM

Producto o servicio	Pago de Seguridad Social **SIMPLE OI**
Pagaste con	Cuenta de Ahorros ***9484**
Código de confirmación (CUS)	1926271584
IP	186.102.39.48

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-11-14, 10:43:41 AM **Tipo Planilla:** N: PLANILLA CORRECCIONES **Numéro Planilla:** 1077266117

Nro Planilla Corregida: 1076475126 **Periodo Cotización:** octubre de 2025 **Periodo Servicio:** octubre de 2025

PAGADO 14/11/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARIA ANGELICA PINZON RODRIGUEZ		
Documento	CC53081260	**Dirección**	CALLE 83 85A 28
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3177868737
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS BOLIVAR

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 53081260	MARIA ANGELICA PINZON RODRIGUEZ	59	00									A								0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 1.904.842	$ 304.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.904.842	$ 238.200	2,436	$ 1.904.842	$ 46.500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 589.500
CC 53081260	MARIA ANGELICA PINZON RODRIGUEZ	59	00								X	C								0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 1.935.680	$ 309.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.935.680	$ 242.000	2,436	$ 1.935.680	$ 47.200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 599.000

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 30.838	$ 30.838	$ 30.838	$ 0	$ 5.000	$ 3.800	$ 700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.500	$ 0	$ 9.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Nequi

Resumen de pago

Descripción de compra
Pago de Seguridad Social

Tienda
SIMPLE OI

Estado de la transacción
Transacción éxitosa

Fecha de la transacción
14 de noviembre de 2025 a las 10:26 a. m.

CUS
1928078846

Referencia Nequi
00099

¿Cuánto?
$ 9.500,00

Valor de los impuestos
$ 0,00

Número de referencia 1
172.29.10.57

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
53081260

Factura de comercio
1077266117

Tu plata salió de:



Disponible

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 7114 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 7114 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >