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:	**INGRID GECELL SUAREZ MUÑOZ**			**CC:**	**52902081**
CORREO ELECTRÓNICO:	**GECELL82@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3112896325**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 13A 30 61 sur**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008400792506**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2486 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.757.648**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

INGRID GECELL SUAREZ MUÑOZ
PS_2486_2025_F4B9FF

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
INGRID GECELL SUAREZ MUÑOZ
CC: 52902081
CEL: 3112896325

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			
INGRID GECELL SUAREZ MUÑOZ			
	CON C.C N°	**52.902.081**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2486 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 17.971.360	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 49.543.772	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.757.648
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATALY DUQUE SALAZAR		

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. PRESTAR EL SERVICIO DE CONFORMIDAD CON LA ASIGNACION DE ACTIVIDADES ACORDADAS CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA EL DESARROLLO DE LAS MISMAS .2.RECIBIR Y ENTREGAR TURNO DE ACUERDO A LO ACORDADO CON EL SUPERVISOR Y DE CONFORMIDAD AL OBJETO MISIONAL DE LA ENTIDAD. 3. REALIZAR EL PLAN DE CUIDADO DIARIO DE ENFERMERIA DE ACUERDO AL DIAGNOSTICO Y NECESIDADES IDENTIFICADAS. 4. VERIFICAR MEDIDAS PREVENTIVAS DE EVENTOS ADVERSOS E IDENTIFICANDO RIESGOS, GARANTIZANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y REPORTANDO LOS EVENTOS ADVERSOS QUE SE PRESENTEN.5. ADMINISTRAR MEDICAMENTOS OPORTUNAMENTE Y VERIFICAR EL CUIDADO DIRECTO A LOS PACIENTES DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS Y GUIAS ESTABLECIDAS DEL SERVICIO UTILIZANDO TECNICAS DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y NORMAS DE BIOSEGURIDAD, E INFORMAR AL MEDICO TRATANTE Y COORDINADORES LA NO EXISTENCIA DE MEDICAMENTOS PARA REALIZAR REAJUSTE DE TRATAMIENTO. 6. APOYAR LA SUPERVISION DE LAS ACTIVIDADES DEL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERIA Y CAMILLEROS, OBSERVANDO QUE SE REALICEN LOS PROCEDIMIENTOS Y REVISANDO REGISTROS DE ENFERMERIA. 7. REALIZAR ACTUALIZACION DEL KARDEX Y TARJETAS DE MEDICAMENTOS DE ACUERDO CON LAS NORMAS ESTABLECIDAS EN FORMA ESCRITA Y CADA VEZ QUE SE REQUIERA EL CAMBIO DEL TRATAMIENTO DEL PACIENTE. 8. CONTROLAR LOS SUMINISTROS Y EXISTENCIAS DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO. 9. REALIZAR LAS DEVOLUCIONES AL SERVICIO DE FARMACIA DE LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS POR PACIENTE ANTES DEL EGRESO Y DIARIAMENTE CUANDO ASI LO AMERITE. 10. PARTICIPAR EN FORMA ACTIVA EN LA REVISTA MEDICA DIARIA DANDO SUS APORTES SEGUN SEA EL CASO. 11. REALIZAR LA ASIGNACION DE PACIENTE A CADA AUXILIAR DE ACUERDO AL NUMERO DE PACIENTES, COMPLEJIDAD Y DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DEL SERVICIO. 12. RESPONDER POR LOS INVENTARIOS, CONSERVACION Y USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSUMOS ENTREGADOS EN EL SERVICIO. 13. REALIZAR LA ASIGNACION OPORTUNA DE CAMAS Y REGISTRO OPORTUNO EN EL APLICATIVO DINAMICA GERENCIAL, PARA LOS PACIENTES QUE LOS REQUIERAN, REALIZANDO LOS TRASLADOS NECESARIOS PARA TAL FIN DE FORMA OPORTUNA, COLABORANDO CON EL GIRO DE CAMA. 14. TRAMITAR DE FORMA OPORTUNA EXAMENES DE LABORATORIO, RADIOLOGIA, EXAMENES ESPECIALES Y REMISIONES QUE REQUIERAN LOS PACIENTES A CARGO. 15. DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 1995 DE 1999 Y AL MANUAL DE MANEJO DE HISTORIA CLINICA DE LA SUBRED. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO. 16. DAR CUMPLIMIENTO CON LO ESTABLECIDO EN LAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE LA INSTITUCION EN CUANTO A EL USO DEL UNIFORME Y ELEMENTOS DE PROTECCION DENTRO DE LAS AREAS ASIGNADAS.17. REALIZAR CUMPLIMIENTO SEGUN PROTOCOLO CARRO PARO, SECUENCIA Y VERIFICACION CANDADOS DE SEGURIDAD, REGISTROS OPORTUNOS SEGUN FORMATOS ESTABLECIDOS TENIENDO EN CUENTA EL REGISTRO DE TEMPERATURA Y DESCARGA. DESFIBRILADOR. 18. PORTAR EL CARNET INSTITUCIONAL DE LA SUBRED DURANTE LA EJECUCION DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES. 19. HACER PARTE DEL PROCESO DE INDUCCION AL PERSONAL NUEVO. 20.VERIFICACION Y SUPERVISION DE PROTOCOLO LIMPIEZA Y DESINFECCION CON EL PERSONAL A CARGO Y SU RESPECTIVO REGISTRO.21. EJERCER LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LA PROFESION DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS Y/O REGLAMENTOS DE ACUERDO AL OBJETO CONTRACTUAL Y LAS NECESIDADES DEL SERVICIO, ACORDE A LAS GUIAS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES EN EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA . CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO, Y OTRAS QUE SEAN SOLICITADAS POR EL SUPERVISOR22. EJECUTAR PROCEDIMIENTOS Y CUIDADOS A LOS PACIENTES QUE REQUIEREN MANEJO EN EL PROGRAMA DE CLINICA DE HERID. 23. SUPERVISAR LAS ACTIVIDADES DEL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERIA MEDIANTE SUPERVISION DIRECTA E INDIRECTA, OBSERVANDO REALIZACION DE

1	PROCEDIMIENTOS Y REVISANDO REGISTROS DE ENFERMERIA. 24. REALIZAR LA PROGRAMACION DE LAS ACTIVIDADES DEL SERVICIO TANTO PARA LA ATENCION DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS COMO DE LAS AGENDAS EN PACIENTES AMBULATORIOS. 25. APOYAR ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ACREDITACION Y HABILITACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

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° 9494880077-9495315965	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/11/25	$ 236.300
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/25	$ 302.400
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/25	$ 46.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 584.800

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	*INGRID GECELL SUAREZ MUÑOZ* *PS_2486_2025_F4B9FF* **INGRID GECELL SUAREZ MUÑOZ** **CC: 52902081**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LORENA MERCEDES PARRA VARGAS* *PS_2486_2025_F4B9FF* **LORENA MERCEDES PARRA VARGAS** **SUPERVISOR ALTERNO**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*NATALY DUQUE SALAZAR* *PS_2486_2025_F4B9FF* **NATALY DUQUE SALAZAR** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52902081		SUAREZ MUÑOZ INGRID GECELL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Crra 13a 30-61 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6594245	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1953775374	9495315965	N	2025/11/21	2025/11/25	BANCO DAVIVIENDA	4	$3,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$10,000	$1,600			$10,000	$1,300			$0	$0			$10,000	$300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$10,000	$1,600			$10,000	$1,300			$0	$0			$10,000	$300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$10,000	$1,600			$10,000	$1,300			$0	$0			$10,000	$300		$0	$0
1	CC	52902081	SUAREZ INGRID	230301	30	($1,880,000)	($300,800)	EPS010	30	($1,880,000)	($235,000)		0	$0	$0	14-11	30	($1,880,000)	($45,800)	0	$0	$0
2	CC	52902081	SUAREZ INGRID	230301	30	$1,890,000	$302,400	EPS010	30	$1,890,000	$236,300		0	$0	$0	14-11	30	$1,890,000	$46,100	0	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$10,000	$1,600			$10,000	$1,300			$0	$0			$10,000	$300		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52902081		SUAREZ MUÑOZ INGRID GECELL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Crra 13a 30-61 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6594245	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1953775374	9495315965	N	2025/11/21	2025/11/25	BANCO DAVIVIENDA	4	$3,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,600	$100	$0	$1,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$1,600	$100	$0	$1,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300	$100	$0	$400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$300	$100	$0	$400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,300	$100	$0	$1,400
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$1,300	$100	$0	$1,400
TOTAL				1	$3,200	$300	$0	$3,500

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52902081		SUAREZ MUÑOZ INGRID GECELL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Crra 13a 30-61 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6594245	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1939855931	9494880077	I	2025/11/21	2025/11/19	BANCO DAVIVIENDA	0	$581,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,880,000	$300,800			$1,880,000	$235,000			$0	$0			$1,880,000	$45,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,880,000	$300,800			$1,880,000	$235,000			$0	$0			$1,880,000	$45,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,880,000	$300,800			$1,880,000	$235,000			$0	$0			$1,880,000	$45,800		$0	$0
1	CC 52902081	SUAREZ INGRID	230301	30	$1,880,000	$300,800	EPS010	30	$1,880,000	$235,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,880,000	$45,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,880,000	$300,800			$1,880,000	$235,000			$0	$0			$1,880,000	$45,800		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52902081		SUAREZ MUÑOZ INGRID GECELL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Crra 13a 30-61 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6594245	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1939855931	9494880077	I	2025/11/21	2025/11/19	BANCO DAVIVIENDA	0	$581,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300,800	$0	$0	$300,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$300,800	$0	$0	$300,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$45,800	$0	$0	$45,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$45,800	$0	$0	$45,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$235,000	$0	$0	$235,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$235,000	$0	$0	$235,000
TOTAL				**1**	**$581,600**	**$0**	**$0**	**$581,600**

1 Información general
2 la mayoría de la populació…
3 Bienes y servicios
4 mensajeros del.
5 mensajes del contrato
6 Información presupuesta
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

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? Si 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 2486 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 2486 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2486 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 2486 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2486 2025 CUENTAS DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 2486 2025 CUENTAS DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2486 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025 (14).pdf	PS 2486 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025 (14).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2486 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025 (16).pdf	PS 2486 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025 (16).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2486 2025 CUENTAS DE CORO JUNIO 2025 (15).pdf	PS 2486 2025 CUENTAS DE CORO JUNIO 2025 (15).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1 PS 2486 2025 CRP-6886.pdf	1 PS 2486 2025 CRP-6886.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 2486 2025 CRP-15426.pdf	2 PS 2486 2025 CRP-15426.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2486 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 2486 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS 2486 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf (Archivado)	PS 2486 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2486 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 2486 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2486 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 2486 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3 PS 2486 2025 CRP-18017.pdf	3 PS 2486 2025 CRP-18017.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2486 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 2486 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >