**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: (31-12-2025)** | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **MARIA FERNANDA NIETO RAMIREZ** | | | **CC:** | **1023979508** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **RAMIREZMAFE2@GMAIL.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3015751742** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **CL 29 A SUR 29 03** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO CAJA SOCIAL** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **24081137224** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 1446 2025** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 3.709.728** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2025/01/01** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2026/01/15** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31** | | | | |

*MARIA FERNANDA NIETO RAMIREZ*
*PS_1446_2025_1B3B06*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**MARIA FERNANDA NIETO RAMIREZ**
**CC: 1023979508**
**CEL: 3015751742**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**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<br>**VERSIÓN:** 2<br>**FECHA:** 2025-06-09 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **MARIA FERNANDA NIETO RAMIREZ** | | | |
| | **CON C.C N°** | **1.023.979.508** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 1446 2025** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2025/01/01** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 14.838.912 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **198** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 48.226.464 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 3.709.728 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | TRECE (13) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | HOSPITAL SANTA CLARA | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES | | |

| **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 | Desarrolló de proceso de gestión integral del equipo de psicología que incluyó el fortalecimiento de la cohesión del equipo de psicología, socialización de temas relevantes para el ejercicio incluyendo: variables diferenciales cápital salud, Directorio actualizado de los lideres de proceso de Coosalud EPS Sucursal Bogotá, capacitaciones, disponibilidad de cursos, entre otros; así como el aseguramiento de que los protocolos institucionales fueran seguidos de manera rigurosa, solución de a tención a pacientes en las diferentes unidades. |
| 2 | Coordinación y articulación tanto con equipo se voluntarios como eje de responsabilidad social para la coordinación del ingreso de estos a las unidades, se logro cronograma con 17 fechas para visitas de voluntarios y el envió de la misma cantidad de correos a líderes de unidades. |
| 3 | Elaboración y envió de informes, reportes e instructivos de acuerdo con las necesidades presentadas por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano. Se incluye el informe trimestral de datos correspondiente alm mes de noviembre del 2025, datos de apoyo en actividades de humanización, envios de certificados de cursos de todo el equipo, soportes secop y seguimiento a las subsanaciones en proceso de contratación. Envio de correos relaionados con la articulación con ejes tales como responsabilidad social y humanización, así como la revisión de documentos del instructivo "visita de mascotas" y el "manejo de cuerpo fallecido". |
| 4 | Trabajo colaborativo en estrategias pertenecientes a los procesos de atención de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano. Seguimiento a quejas al interior de la Oficina con programación de 5 sensibilizaciones de quejas |
| 5 | Registro de notas hospitalaria y evolución de historia clínica en DINAMICA donde se soporta la intervención realizada con cada paciente y/o sus familiares. Así como reporte en aplicativo Almera. |
| 6 | Registro de asistencia de aproximadamente 15 colaboradores, sobre temáticas relacionadas con la oficina de partición comunitaria y servicio al ciudadano, específicamente derechos y deberes en salud, dadivas y procedimiento de segunda opinión médica. |
| 7 | Abordaje a pacientes de acuerdo con las necesidades presentadas por los mismos y/o sus acompañantes llevando a cabo aproximadamente 15 abordajes que incluyen contención emocional, primeros auxilios psicológicos, atención en duelos, entre los cuales ser encuentran 8 respuestas a interconsultas. |
| 8 | Durante el mes de diciembre del 2025 no se presentaron casos de a bordaje a primera y segunda victima. |
| 9 | Asistencia a reuniones tanto presenciales como virtuales realizados por la subred integrada de servicios de salud Centro Oriente, con registro en las respectivas listas de asistencia. Durante el mes de diciembre se realizo la asistencia a la reunión mensual programada el 19 de dicho mes. |
| 10 | Inscripción oportuna a procesos de formación informal articulados con la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano. Así como el envío de soportes de la correspondiente participación en el curso de SERVICIO A LA CIUDADANIA con una duración de 40 horas. |
| 11 | Participar activamente en las estrategias y actividades realizadas por parte de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, incluyendo la revisión y seguimiento del estándar 20 de acreditación y el estándar 1. |
| 12 | Se dio el uso adecuado de las historias clínicas garantizando la reserva y confidencialidad de la información. |
| 13 | Elaboración y revisión de actas de acompañamiento a las fundaciones, soportes en historia clínica a través de DINAMICA en el abordaje a pacientes y acompañantes. |
| 14 | Uso diario de carné institucional y elementos de bioseguridad proporcionados por la Subred Centro Oriente ESE. |
| 15 | Desarrollo de las acciones asignadas dentro de la Oficina de Participación de acuerdo con el rol de psicología que requieran acompañamiento específico, con el soporte respectivo con según el tipo de actividad; los cuales incluyen asistencia a mesas de acreditación y reuniones internas de la Oficina. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° 91608597 | OPERADOR: | MI PLANILLA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | COMPENSAR | 2025/12/04 | $ 185.700 |
| PENSIÓN: | PROTECCION | 2025/12/04 | $ 237.700 |
| RIESGOS LABORALES: | SEGUROS BOLIVAR | 2025/12/04 | $ 36.300 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 459.700 |

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 FERNANDA NIETO RAMIREZ*<br>*PS_1446_2025_1B3B06*<br>**MARIA FERNANDA NIETO RAMIREZ**<br>**CC: 1023979508** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES*<br>*PS_1446_2025_1B3B06*<br>**ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

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 | 1023979508 | MARIA FERNANDA NIETO RAMIREZ | Calle 29A sur # 29-03 apto 407 | 3015751742 | ramirezmafe2@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 | |
| 2025-11 | 2025-11 | I | 04/12/2025 | 91608597 | $489.500 | |

## 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 | 185.500 | 0 | | 0 | | 0 | 1 | 200 | 0 | 185.700 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 237.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 200 | 0 | 237.700 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-7 | Seguros Bolivar S.A. | 860002503-2 | 36.200 | | | | 36.200 | 1 | 100 | 36.300 | | | 362 | 36.300 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 29.700 | 1 | 100 | 29.800 | 1 |

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 1 | 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 | 185.500 | 185.700 |
| Pensión | 1 | 237.500 | 237.700 |
| Riesgos Laborales | 1 | 36.200 | 36.300 |
| CCF | 1 | 29.700 | 29.800 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 488.900 | 489.500 |

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 | 1023979508 | MARIA FERNANDA NIETO RAMIREZ | Calle 29A sur # 29-03 apto 407 | 3015751742 | ramirezmafe2@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 | |
| 2025-11 | 2025-11 | I | 04/12/2025 | 91608597 | $489.500 | |

## 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 | Exonerado | 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 | 1023979508 | NIETO RAMIREZ MARIA FERNANDA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.483.891 | 237.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.483.891 | 185.500 | 14-7 | 1.483.891 | 3 | 36.200 | CCF24 | 1.483.891 | 29.700 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

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 1446 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf | PS 1446 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | CUENTAS DE COBRO FEBRERO 2025 PSICOLOGIA.pdf (Archivado) | CUENTAS DE COBRO FEBRERO 2025 PSICOLOGIA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 1446 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf | PS 1446 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 1446 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf | PS 1446 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 1446 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf | PS 1446 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 1446 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf | PS 1446 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 1446 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf | PS 1446 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 1 PS 1446 2025 CRP-6107.pdf | 1 PS 1446 2025 CRP-6107.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | 2 PS 1446 2025 CRP-15677.pdf | 2 PS 1446 2025 CRP-15677.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 1446 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf | PS 1446 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 3 PS 1446 2025 CRP-19717.pdf | 3 PS 1446 2025 CRP-19717.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 1446 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf | PS 1446 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 1446 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf | PS 1446 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | PS 1446 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf (Archivado) | PS 1446 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 1446 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025 MARÍA FERNANDA NIETO RAMÍREZ.pdf | PS 1446 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025 MARÍA FERNANDA NIETO RAMÍREZ.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 1446 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025 MARÍA FERNANDA NIETO RAMÍREZ.pdf | PS 1446 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025 MARÍA FERNANDA NIETO RAMÍREZ.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >