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:	**LEIDY JHOANA HOLGUIN SOTO**			**CC:**	**1013679711**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JHOANAHOLGUIN@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3023720402**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**DG 17C SUR 25A 34**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488444400193**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2058 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.671.200**
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**				

LEIDY JHOANA HOLGUIN SOTO
PS_2058_2025_FA7BA4

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LEIDY JHOANA HOLGUIN SOTO
CC: 1013679711
CEL: 3023720402

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			
LEIDY JHOANA HOLGUIN SOTO			
	CON C.C N°	**1.013.679.711**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2058 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 10.684.800	**No. HORAS EJECUTADAS**	**240**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 28.047.600	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.671.200
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE		

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	REALICÉ EL RECIBO Y LA ENTREGA DE TURNO CONFORME A LOS PROTOCOLOS VIGENTES DE LA ENTIDAD, NOTIFICANDO OPORTUNAMENTE AL REFERENTE DE REFERENCIA CUALQUIER NOVEDAD OCURRIDA DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.
2	CONTROLÉ LOS SIGNOS VITALES DE CADA UNO DE LOS PACIENTES TRASLADADOS CON LA PERIODICIDAD REQUERIDA SEGUN CONDICION CLINICA INFORMANDO AL MEDICO Y ENFERMERA LAS ALTERACIONES ENCONTRADAS Y REGISTRANDOLOS EN LA HISTORIA CLINICA DEL TRASLADO.
3	ORIENTÉ A LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES PARA EXAMENES DIAGNOSTICO DE ACUERDO CON LOS PROTOCOLOS DE MANEJO Y TECNOLOGIA REQUERIDA, SEGUN NORMAS ESTABLECIDAS PARA CADA PROCEDIMIENTO
4	REALIZÉ ACTIVIDADES PROPIAS DEL CUIDADO DE ENFERMERIA PREVINIENDO ACCIONES INSEGURAS EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD.
5	NOTIFIQUÉ INMEDIATAMENTE LAS ACCIONES INSEGURAS OCURRIDOS A SUS PACIENTES AL MEDICO DE TURNO, JEFE INMEDIATO Y EN EL APLICATIVO DISPUESTO PARA ELLO.
6	INFORMÉ AL PROFESIONAL DE ENFERMERIA Y/O AL MEDICO TRATANTE, SOBRE LOS CAMBIOS DEL ESTADO CLINICO DE LOS PACIENTES EN FORMA OPORTUNA Y ADECUADA.
7	REALICÉ LA LISTA DE CHEQUEO INSTAURADA EN LA SUBRED, VERIFICANDO CUMPLIMIENTO DE REQUERIMIENTO DE LOS PACIENTES QUE VAN A SER TRASLADADOS.
8	REALICÉ REGISTROS CLINICOS EN FORMA OPORTUNA, DILIGENCIANDO TODAS LAS CASILLAS CORRECTAMENTE Y DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 1995/1999, ENTREGANDO EL SOPORTE EN UN TERMINO NO MAYOR A 24 HORAS EN EL AREA CORRESPONDIENTE.
9	EL SEGUIMIENTO DE INVENTARIO LOS REALICÉ EN LOS FORMATOS MI-UR-FT-032 AMBULANCIA BASICA Y MI-UR-FT-033 AMBULANCIA MEDICALIZADA, LOS 7 PRIMEROS DIAS DE CADA MES.
10	APLIQUÉ, ACATÉ Y CUMPLÍ CON LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS, GUIAS Y DEMAS NORMAS DEFINIDAS POR LA ENTIDAD, DE CONFORMIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO.
11	REALICÉ LA DESINFECCION Y REGISTRO EN LOS FORMATOS INSTITUCIONALES, ASEO RUTINARIO POR TURNO Y FINES DE SEMANA DESINFECCION TERMINAL Y DE ACUERDO AL PROTOCOLO ESTABLECIDO PARA ELLO Y SEGUN PATOLOGIA DEL PACIENTE.
12	REPUSE EN FARMACIA LOS INSUMOS UTILIZADOS POR EL PACIENTE DURANTE EL TRASLADO.
13	RECIBÍ Y ENTREGUÉ AL PACIENTE CON EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL SERVICIO CORRESPONDIENTE DE ACUERDO A LA UNIDAD DE ORIGEN Y DE DESTINO.
14	UTILICÉ UN VESTUARIO ACORDE A SUS ACTIVIDADES CONTRACTUALES, YA SEA, UNIFORME O UN VESTUARIO ORIENTADO A SU ACTIVIDAD Y DESEMPEÑO.
15	OFRECÍ TRATO CON CALIDEZ Y CALIDAD AL PACIENTE Y LA FAMILIA, DANDO UNA ATENCION HUMANIZADA CONSERVANDO EL RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA.
16	IMPARTÍ EDUCACION AL PACIENTE Y A LA FAMILIA SOBRE LOS CUIDADOS ESPECIFICOS DE ACUERDO A LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE.
17	CUMPLÍ LAS NORMAS INSTITUCIONALES DE BIOSEGURIDAD, VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, GESTION AMBIENTAL, SALUD OCUPACIONAL Y DEMAS POLITICAS INSTITUCIONALES.

18	RESPONDÍ POR LOS INVENTARIOS, CONSERVACION Y USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSUMOS, AL IGUAL QUE EL CUIDADO DE LA CAMILLA DE LA MOVIL.
19	MANTUVE LA RESERVA DE LA INFORMACION CLINICA Y PERSONAL DE LOS PACIENTES.
20	EJERCÍ LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LA PROFESION DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS Y/O REGLAMENTOS DE ACUERDO AL OBJETO CONTRACTUAL Y LAS NECESIDADES DEL SERVICIO.
21	REALICÉ LA NOTIFICACION DEL INICIO Y CULMINACION DE ACTIVIDADES A LA PERSONA ENCARGADA DEL PROCESO DE REFERENCIA Y AL EQUIPO DE TRASLADO DE LA CENTRAL DE REFERENCIA POR LOS MEDIOS DE COMUNICACION ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD.
22	RECIBÍ Y ENTREGUÉ LAS NOVEDADES Y EL VEHICULO ASIGNADO PARA CUMPLIR LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES DE ACUERDO A LO ACORDADO CON EL SUPERVISOR Y DE CONFORMIDAD AL OBJETO MISIONAL DE LA ENTIDAD.
23	CONOCÍ Y CUMPLÍ LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE REPORTAR EVENTO ADVERSO E INCIDENTES DATOS QUE SERVIRAN PARA FORMULA ACCIONES DE MEJORAMIENTO O PLANES DE MEJORAMIENTO.
24	UTILICÉ EL TELEFONO INSTITUCIONAL PARA TRAMITE DENTRO DE LA SISSCO, PROPENDER POR EL ADECUADO USO Y TENER CARGADO EL EQUIPO TODO EL TIEMPO.
25	CONOCÍ Y CUMPLÍ CON LAS RECOMENDACIONES QUE LA ARL Y/O AREA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO RECOMIENDEN CON OCASION A LA REALIZACION DE SU ACTIVIDAD CONTRACTUAL QUE LO CLASIFIQUE COMO RIESGO 4 O 5. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO.
26	ASISTÍ Y PARTICIPÉ EN LAS CAPACITACIONES, SOCIALIZACIONES, ESPACIOS TECNICO-CIENTIFICOS QUE SE PROGRAMEN DESDE LA ENTIDAD.
27	CUMPLÍ LAS DEMAS ACTIVIDADES AFINES AL CARGO QUE SON DELEGADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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° 91613465	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/12/11	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/11	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/11	$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 405.800

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	*LEIDY JHOANA HOLGUIN SOTO* *PS_2058_2025_FA7BA4* **LEIDY JHOANA HOLGUIN SOTO**

CC: 1013679711

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 *JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE* *PS_2058_2025_FA7BA4* **JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE** **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	1013679711	LEIDY JHOANA HOLGUIN SOTO	Diagonal 17 c sur 25a34	5266530	jhoanaholguin@hotmail.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	11/12/2025	91613465	$407.900	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	178.000	0		0		0	8	900	0	178.900	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	8	1.200	0	229.000	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										

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
SENA				
0	8	0	0	0
ICBF				
0	8	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	178.900
Pensión	1	227.800	229.000
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	405.800	407.900

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	1013679711	LEIDY JHOANA HOLGUIN SOTO		Diagonal 17 c sur 25a34	5266530	jhoanaholguin@hotmail.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	11/12/2025	91613465	$407.900	

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	1013679711	HOLGUIN SOTO LEIDY JHOANA	3	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	178.000		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

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 2058 2025 CTA COBRO ENERO 2025.pdf	PS 2058 2025 CTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2058 2025 CTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 2058 2025 CTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2058 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 2058 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	NC11 URGENCIAS CAMBIO SUPERVISOR 27-03-2025.zip	NC11 URGENCIAS CAMBIO SUPERVISOR 27-03-2025.zip	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2058 2025 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 27-03-2025.pdf	PS 2058 2025 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 27-03-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

☐	PS 2058 2025 CTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	PS 2058 2025 CTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2058 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 2058 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1 PS 2058 2025 CRP-4642.pdf	1 PS 2058 2025 CRP-4642.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 2058 2025 CRP-15086.pdf	2 PS 2058 2025 CRP-15086.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2058 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 2058 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 2058 2025 16-07-2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 2058 2025 16-07-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3 PS 2058 2025 CRP-19206.pdf	3 PS 2058 2025 CRP-19206.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS_20258_AGOSTO.pdf	PS_20258_AGOSTO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS_2058_SEPTIEMBRE.pdf (Archivado)	PS_2058_SEPTIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTA DE COBRO OCTUBRE.pdf (Archivado)	CUENTA DE COBRO OCTUBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2058 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE.pdf	PS 2058 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2058 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE.pdf	PS 2058 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS_2058_2025_CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE.pdf	PS_2058_2025_CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JOHANNA HOLGUIN JULIO.pdf	JOHANNA HOLGUIN JULIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Ps 2058 2025 cuenta de cobro julio 2025.pdf	Ps 2058 2025 cuenta de cobro julio 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) **018000-52-0808** www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.