

|                                                                                   |                                                   |  |  |  |                                                                                     |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. |  |  |  |                                                                                     |  |
|                                                                                   | INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS    |  |  |  |  |  |

| DATOS DEL INFORME       |                                  |            |                                  |               |          |
|-------------------------|----------------------------------|------------|----------------------------------|---------------|----------|
| Periodo a Certificar:   | Desde:                           | 2025-12-01 | Hasta:                           | 2025-12-31    |          |
| Nombre del Contratista: | LINA PATRICIA PIZA URREA         |            | Número de Documento:             | 1072194464    |          |
| Correo Electrónico:     | lppiza@fucsalud.edu.co           |            | Número Telefónico:               | 3103323142    |          |
| Nombre del Supervisor:  | SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ | Cargo:     | ODONTOLOGO CÓDIGO 242 - GRADO 27 | Código Grado: | - 242-27 |

| DATOS DEL CONTRATO             |                                     |               |      |                       |    |
|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|------|-----------------------|----|
| No. Contrato:                  | 3310-2025                           | Año Contrato: | 2025 | CDP Contrato Inicial: | 26 |
| Perfil:                        | ENFERMERO                           |               |      |                       |    |
| Dirección a la que Perteneces: | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS |               |      |                       |    |
| Unidad de Servicios:           | USS SAN JUAN DE SUMAPAZ             |               |      |                       |    |

| LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS     |                                     |                                                                                   |              |                          |            |           |                                |
|------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------|------------|-----------|--------------------------------|
| Centro de Costos             | Dirección                           | Unidad                                                                            | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total     | Procentaje(%) Centro de Costos |
| A38VM                        | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS | USS MOCHUELO                                                                      | 93           | 0                        | 23529      | \$2188197 | 50%                            |
| A38VN                        | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS | USS PASQUILLA                                                                     | 93           | 0                        | 23529      | \$2188197 | 50%                            |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 4376394                          | CUATRO MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS |              |                          |            |           |                                |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO |              |                     |             |                                           |      |            |
|-------------------------------------|--------------|---------------------|-------------|-------------------------------------------|------|------------|
| Fecha de Inicio del Contrato        |              | 2025-01-21          |             | Fecha de Terminación del Contrato Inicial |      | 2025-09-20 |
| No. Prorroga                        | Fecha Inicio | Fecha Terminación   | No. Adición | Valor Adición                             | CDP  |            |
| 1                                   | 2025-08-11   | 2025-10-31          | 1           | \$ 6635178                                | 1314 |            |
| 2                                   | 2025-10-20   | 2025-11-30          | 2           | \$ 4376394                                | 1767 |            |
| 3                                   | 2025-11-14   | 2026-01-16          | 3           | \$ 4917561                                | 1890 |            |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado |              | Mes Cuenta de Cobro |             | Valor a Pagar                             |      |            |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO |            |            |
|-------------------------------------|------------|------------|
| 1                                   | ENERO      | \$ 2258784 |
| 2                                   | FEBRERO    | \$ 4376394 |
| 3                                   | MARZO      | \$ 4376394 |
| 4                                   | ABRIL      | \$ 4376394 |
| 5                                   | MAYO       | \$ 4376394 |
| 6                                   | JUNIO      | \$ 4376394 |
| 7                                   | JULIO      | \$ 4376394 |
| 8                                   | AGOSTO     | \$ 4376394 |
| 9                                   | SEPTIEMBRE | \$ 4376394 |
| 10                                  | OCTUBRE    | \$ 4188162 |
| 11                                  | NOVIEMBRE  | \$ 4376394 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|
| \$ 35011152                | \$ 50940285              | \$ 45834492      | \$ 5105793         |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                    | PRODUCTO O EVIDENCIA                                                   |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 1                                                       | Prestar servicios de perfil Enfermero(a) al nivel ambulatorio, acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | --toma y entrega de citologías educación de en autoexamen de seno asesoría planificación familiar y entregad e formulacion para anticonceptivos y preservativos insercion retiro y control de retiro intrauterino asesoría VIH realizacion de talleres a pacietes en codicion cronica educacion pautas autoestima autocuidado | -facturacion de actividades realizadas                                 |
| 2                                                       | Realizar actividades de información, educación, comunicación encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | -Remision según la necesidad del usuario institucional y/o a otras entidades de salud                                                                                                                                                                                                                                         | -copia de formato de referencia y contrareferencia en historia clínica |
| 3                                                       | Registrar en la Historia Clínica toda la información del acto paramédico (procedimiento y cuidado de enfermería, veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultánea o inmediatamente después de su realización, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique, sustituya). | -entrega de informes a salud publica                                                                                                                                                                                                                                                                                          | -recibidos de las áreas responsables                                   |

| <b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>                                                    | <b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>                                                     |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 4                                                              | Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de enfermería y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad. | -informe de salud sexual y reproductiva adversos iras y edad indicadores de calidad sintomáticos respiratorios actividades mensuales | -recibidos de las areas responsables                                            |
| 5                                                              | Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud.                       | -conoce y aplica las guias manuales procedimientos y formatos definidos para el area de enfermeria                                   | -evaluacion adherencia guias protocolos manuales y procedimientos               |
| 6                                                              | Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, conforme lo establece la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique, adicione o sustituya.                                                                                | -realizar formulacion de medicamentos de acuerdo a los protocolos institucional                                                      | -realizar formulacion de medicamentos de acuerdo a los protocolos institucional |
| 7                                                              | Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.                                                                                                                                                                     | -diligenciamiento según los lineamientos institucionales                                                                             | -historia clinica                                                               |

| INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL                |           |               |     |     |                                                                                  |                            |                                                  |                |
|---------------------------------------------------------|-----------|---------------|-----|-----|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------|----------------|
| Periodo al que corresponde el pago                      |           | Fecha de Pago |     |     | Número de Planilla                                                               | Factura Electrónica        | Valor Honorarios de Certificados el Mes Anterior |                |
| AÑO                                                     | MES       | AÑO           | MES | DÍA | 91720583                                                                         | -                          |                                                  | \$ 4376394     |
| 2025                                                    | NOVIEMBRE | 2025          | 12  | 11  |                                                                                  |                            |                                                  |                |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras |           |               |     |     | CUATRO MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATROPESOS |                            |                                                  |                |
| Item                                                    |           |               |     |     | Entidades Aportantes a Seguridad Social                                          | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes                      | Valor Aportado |
| Pensionado                                              |           |               |     | NO  | COLFONDOS                                                                        | \$ 1750558                 | \$ 280089                                        | \$ 280100      |
| Salud                                                   |           |               |     |     | SALUD TOTAL                                                                      |                            | \$ 218820                                        | \$ 218900      |
| ARL                                                     |           |               |     | 3   | SURA                                                                             |                            | \$ 42644                                         | \$ 42700       |
| Caja de Compensación                                    |           |               |     | NO  |                                                                                  | Total                      | \$ 508047                                        | \$ 541700      |

| INFORMACIÓN DE PAGO |                 |                |         |                  |           |
|---------------------|-----------------|----------------|---------|------------------|-----------|
| Entidad Bancaria    | BANCO DE BOGOTÁ | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 587096181 |

| HISTÓRICO                           |                                  |                     |
|-------------------------------------|----------------------------------|---------------------|
| OBSERVACIÓN                         | USUARIO                          | FECHA               |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | LINA PATRICIA PIZA URREA         | 2025-12-11 21:31:45 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                | SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ | 2025-12-13 06:53:15 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN               | LUISA FERNANDA CORTERS SALGADO   | 2025-12-15 15:25:39 |

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)

**NOTA:** La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ  
ODONTOLOGO CÓDIGO 242 - GRADO 27

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                          |        |                  |                    |                          |
|---------------------|-------------------|--------------------------|--------|------------------|--------------------|--------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE         |        | DIRECCIÓN        | TELÉFONO           | CORREO                   |
| CC                  | 1072194464        | LINA PATRICIA PIZA URREA |        | Calle5#2-95oeste | 3103323142         | lppiza@fucs salud.edu.co |
| 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 |     |
| 2025-11              | 2025-11                           | I             | 11/12/2025               | 91720583        | \$541.700     |     |

### 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 | 218.900                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 218.900       | 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 |
| 231001          | Colfondos | 800227940-6 | 280.100                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 280.100       | 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 | 42.700                 |                  |       |                        | 42.700                | 0         | 0                     | 42.700              |                            |                     | 427               | 42.700        | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |     |              |           |                   |               |               |  |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|--|
| Código CCF    | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |  |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               | No. Afiliados |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar |               |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 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                              | 218.900                             | 218.900       |
| Pensión                | 1                              | 280.100                             | 280.100       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 42.700                              | 42.700        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>         | 3                              | 541.700                             | 541.700       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                          |        |                  |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|--------------------------|--------|------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE         |        | DIRECCIÓN        | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1072194464        | LINA PATRICIA PIZA URREA |        | Calle5#2-95oeste | 3103323142         | lppiza@fucsalud.edu.co              |
| 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  |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC       |
| 2025-11              | 2025-11                           | I             | 11/12/2025               | 91720583        | \$541.700 |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                          |           |         |           |                   |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |     |         |     |     |     |     |          |           |                        |          |                   |                 |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |   |   |   |   |   |   |   |
|-----------------------|------|-----------------------|--------------------------|-----------|---------|-----------|-------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|----------|-----------|------------------------|----------|-------------------|-----------------|------------|------------|-----------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|---|---|---|---|---|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                          |           |         |           |                   |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |      |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |          | SALUD     |                        |          | RIESGOS LABORALES |                 |            | CCF        |           |            | PARAFISCALES           |             |             |             |            |   |   |   |   |   |   |   |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres      | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Columna exonerada | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | IOE | IVA | IVA     | IVA | IVA | IVA | IVA | 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   | 1072194464            | PIZA URREA LINA PATRICIA | 59        | 0       |           | N                 |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |     |         |     |     |     |     | 231001   | 1.750.558 | 280.100                | 0        | 0                 | 0               | 0          | EPS002     | 1.750.558 | 218.900    | 14-11                  | 1.750.558   | 3           | 42.700      |            | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

- 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

✓ **Datos guardados**

 Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal &gt;

[VER CONTRATO](#)

### Ejecución del Contrato

### 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 |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------|--------------------|---------------------------|--------|
| <i>No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados</i> |                   |                  |                    |                           |        |

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

## Documentos de ejecución del contrato

|                          | Descripción                                        | Nombre del archivo                      | Cargado por |                           |                         |
|--------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------|---------------------------|-------------------------|
|                          | ENERO 3310-2025 MOCHUELO pdf (Archivado)           | ENERO 3310-2025 MOCHUELO pdf            | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
|                          | ENERO 3310-2025 MOCHUELO-PASQUILLA pdf (Archivado) | ENERO 3310-2025 MOCHUELO-PASQUILLA pdf  | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | ENERO 3310-2025 MOCHUELO-PASQUILLA .pdf            | ENERO 3310-2025 MOCHUELO-PASQUILLA .pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | FEBRERO3310-2025 MOCHUELO-PASQUILLA pdf            | FEBRERO3310-2025 MOCHUELO-PASQUILLA pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |

### Documentos de ejecución del contrato

|                          | Descripción                                        | Nombre del archivo                       | Cargado por |           |             |
|--------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|-----------|-------------|
|                          | ENERO 3310-2025 MOCHUELO.pdf (Archivado)           | ENERO 3310-2025 MOCHUELO.pdf             | Proveedor   | Descargar | Detalle     |
|                          | ENERO 3310-2025 MOCHUELO-PASQUILLA.pdf (Archivado) | ENERO 3310-2025 MOCHUELO-PASQUILLA.pdf   | Proveedor   | Descargar | Detalle     |
| <input type="checkbox"/> | ENERO 3310-2025 MOCHUELO-PASQUILLA .pdf            | ENERO 3310-2025 MOCHUELO-PASQUILLA .pdf  | Proveedor   | Descargar | Detalle     |
| <input type="checkbox"/> | FEBRERO3310-2025 MOCHUELO-PASQUILLA.pdf            | FEBRERO3310-2025 MOCHUELO-PASQUILLA.pdf  | Proveedor   | Descargar | Detalle     |
| <input type="checkbox"/> | MARZO 3310-2025 MOCHUELO-PASQUILLA.pdf             | MARZO 3310-2025 MOCHUELO-PASQUILLA.pdf   | Proveedor   | Descargar | Detalle     |
| <input type="checkbox"/> | ABRIL 3310-2025 MOCHUELO-PASQUILLA.pdf             | ABRIL 3310-2025 MOCHUELO-PASQUILLA.pdf   | Proveedor   | Descargar | Detalle     |
| <input type="checkbox"/> | MAYO 3310-2025 MOCHUELO-PASQUILLA.pdf              | MAYO 3310-2025 MOCHUELO-PASQUILLA.pdf    | Proveedor   | Descargar | Detalle     |
| <input type="checkbox"/> | DECLARACION_CONFLICTO_INTERES-1 LINA.pdf           | DECLARACION_CONFLICTO_INTERES-1 LINA.pdf | Proveedor   | Descargar | Detalle     |
| <input type="checkbox"/> | FORMULARIO-1 LINA.xlsx                             | FORMULARIO-1 LINA.xlsx                   | Proveedor   | Descargar | Detalle     |
| <input type="checkbox"/> | DECLARACION RENTA LINA.pdf                         | DECLARACION RENTA LINA.pdf               | Proveedor   | Descargar | Detalle     |
| <input type="checkbox"/> | JUNIO 3310-2025.pdf                                | JUNIO 3310-2025.pdf                      | Proveedor   | Descargar | Detalle     |
| <input type="checkbox"/> | JULIO 3310-2025.pdf                                | JULIO 3310-2025.pdf                      | Proveedor   | Descargar | Detalle     |
| <input type="checkbox"/> | AGOSTO 3310-2025 MOCHUELO PASQUILLA.pdf            | AGOSTO 3310-2025 MOCHUELO PASQUILLA.pdf  | Proveedor   | Descargar | Detalle     |
| <input type="checkbox"/> | SEPTIEMBRE 3310-2025.pdf                           | SEPTIEMBRE 3310-2025.pdf                 | Proveedor   | Descargar | Detalle     |
| <input type="checkbox"/> | OCTUBRE 3310-2025.pdf                              | OCTUBRE 3310-2025.pdf                    | Proveedor   | Descargar | Detalle     |
| <input type="checkbox"/> | NOVIEMBRE 3310-2025.pdf                            | NOVIEMBRE 3310-2025.pdf                  | Proveedor   | Descargar | Detalle     |
|                          |                                                    |                                          |             | Borrar    | Cargar nuev |