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:	**JUANA VALENTINA MARROQUIN HERNANDEZ**			**CC:**	**1000930647**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MARROQUINVALENTINA18@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3115396885**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 48B #73A 65 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488421158467**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7519 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 648.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/09**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/01/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

JUANA VALENTINA MARROQUIN HERNANDEZ
PS_7519_2025_307017

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JUANA VALENTINA MARROQUIN HERNANDEZ
CC: 1000930647
CEL: 3115396885

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			
JUANA VALENTINA MARROQUIN HERNANDEZ			
	CON C.C N°	**1.000.930.647**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR TECNICO MAS BIENESTAR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE GESTI?N INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 7519 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/09**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.285.280	**No. HORAS EJECUTADAS**	**40**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 12.361.680	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 648.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANA MARGARET RABA SIERRA		

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	1. PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES. 1.1 Actividad desarrollada: Presté mis servicios con calidad y oportunidad, desarrollando actividades del Convenio Más Bienestar con las familias intervenidas, conforme a los lineamientos técnicos establecidos. 1.2 Evidencias: Registros de atención en aplicativo GTAPSSDS, planillas de intervención y soportes de actividades realizadas.
2	2. PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES Y EL INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN. 2.1 Actividad desarrollada: Elaboré y presenté el cronograma mensual de actividades y el informe mensual de actividades ejecutadas, detallando fechas, lugares e intervenciones realizadas. 2.2 Evidencias: Cronograma mensual aprobado e informe mensual con soportes anexos.
3	3. APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DEL CONVENIO PRESENTANDO INFORMACIÓN Y SOPORTES REQUERIDOS. 3.1 Actividad desarrollada: Apoyé la prestación de servicios entregando oportunamente la información y documentación solicitada conforme a los anexos y lineamientos técnicos vigentes. 3.2 Evidencias: Planillas diligenciadas, consentimientos informados, tamizajes aplicados y a
4	4. APOYAR ACTIVIDADES PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y PLANES DE MEJORA. 4.1 Actividad desarrollada: Participé en acciones de mejoramiento continuo y auditorías internas, implementando correcciones y acciones de mejora requeridas. 4.2 Evidencias: Registros de auditoría, actas, informes de hallazgos y acciones correctivas.
	5. REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DE LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO. 5.1 Actividad desarrollada: Realicé la apropiación conceptual de los anexos y lineamientos técnicos del convenio, aplicándolos en el desarrollo de las actividades asignadas.

5	5.2 Evidencias: Actas, documentos de ajustes operativos y evidencias de aplicación técnica.
6	6. DESARROLLAR PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA SEGÚN SU SABER DISCIPLINAR. 6.1 Actividad desarrollada: Desarrollé procesos de asistencia técnica en los componentes asignados, brindando acompañamiento y recomendaciones técnicas. 6.2 Evidencias: Informes de asistencia técnica, actas y registros de acompañamiento.
7	7. REVISAR, ALISTAR Y ENTREGAR FORMATOS, DOCUMENTOS, BASES E INFORMES CON CALIDAD. 7.1 Actividad desarrollada: Revisé, alisté y entregué con calidad los formatos, bases de datos e informes generados en las intervenciones realizadas. 7.2 Evidencias: Formatos completos, bases consolidadas, informes entregados y registros de envío.
8	8. PARTICIPAR Y GESTIONAR ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES. 8.1 Actividad desarrollada: Gestioné y realicé acercamientos comunitarios e institucionales para facilitar el desarrollo de las acciones en el territorio asignado. 8.2 Evidencias: Actas de reunión, listados de asistencia y registros de acuerdos.
9	9. ACTIVAR Y NOTIFICAR EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA. 9.1 Actividad desarrollada: Identifiqué, activé y notifiqué oportunamente los eventos de interés en salud pública detectados durante las intervenciones. 9.2 Evidencias: Formatos de notificación, registros de seguimiento y reportes a la SDS.
10	10. PARTICIPAR EN ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR LA SDS. 10.1 Actividad desarrollada: Participé en las asistencias técnicas convocadas por la SDS, presentando avances y cumplimiento de metas asignadas. 10.2 Evidencias: Listados de asistencia, actas e informes de seguimiento.
11	11. ORGANIZAR EL ARCHIVO DOCUMENTAL SEGÚN NORMATIVIDAD Y TRD. 11.1 Actividad desarrollada: Organicé y mantuve actualizado el archivo físico y digital de la documentación generada durante la ejecución contractual. 11.2 Evidencias: Archivo organizado, inventarios documentales y listados de control.
12	12. REALIZAR OTRAS OBLIGACIONES REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN. 12.1 Actividad desarrollada: Atendí los requerimientos adicionales realizados por la supervisión, relacionados con el objeto del contrato. 12.2 Evidencias: Soportes adicionales, informes complementarios y comunicaciones oficiales.
13	13. REALIZAR CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA CON TAMIZAJES ESTABLECIDOS. 13.1 Actividad desarrollada: Realicé la caracterización sociodemográfica completa y veraz, aplicando los tamizajes establecidos según lineamientos vigentes. 13.2 Evidencias: Formatos de caracterización, tamizajes aplicados y planillas de firmas.
	14. DILIGENCIAR LA INFORMACIÓN EN EL APLICATIVO GTAPSSDS. 14.1 Actividad desarrollada: Diligencié diariamente la información de caracterización sociodemográfica en el aplicativo GTAPSSDS dentro de las primeras 24 horas posteriores a cada intervención. 14.2 Evidencias:

14	Registros en el aplicativo GTAPSSDS y reportes de cargue.
15	15. PRESENTAR CRONOGRAMA E INSUMOS PREPARADOS. 15.1 Actividad desarrollada: Presenté el cronograma de actividades y los insumos preparados antes del inicio de la ejecución mensual. 15.2 Evidencias: Cronograma presentado, mapas base, matrices y cartografía.
16	16. PRESENTAR MAPA DE CARTOGRAFÍA Y MATRIZ CUANTITATIVA Y CUALITATIVA. 16.1 Actividad desarrollada: Elaboré y entregué el mapa del ejercicio cartográfico y la matriz de información cuantitativa y cualitativa del territorio asignado. 16.2 Evidencias: Mapa cartográfico y matriz de información consolidada.
17	17. PARTICIPAR EN EL COMITÉ TERRITORIAL. 17.1 Actividad desarrollada: Participé en el Comité Territorial, aportando al análisis de la información y a la definición de conclusiones y rutas de atención. 17.2 Evidencias: Actas de comité, informes y presentaciones
18	18. REGISTRAR LAS ACTIVIDADES EN LOS INSTRUMENTOS DEFINIDOS. 18.1 Actividad desarrollada: Registré las actividades realizadas en los instrumentos definidos para la captura de información con calidad. 18.2 Evidencias: Planillas diligenciadas y registros en aplicativo en línea de la SDS.
19	19. GESTIONAR Y ACTIVAR LOS RIESGOS EN SALUD IDENTIFICADOS. 19.1 Actividad desarrollada: Gestioné y activé oportunamente los riesgos en salud identificados, mediante agendamientos, activaciones de ruta o notificaciones. 19.2 Evidencias: Soportes de agendamiento, formatos de activación de rutas y notificaciones.
20	20. CUMPLIR LAS OBLIGACIONES DEL ANEXO TÉCNICO DEL CONVENIO. 20.1 Actividad desarrollada: Cumplí con las obligaciones establecidas en el anexo técnico del Convenio Más Bienestar, según mi perfil y responsabilidades asignadas. 20.2 Evidencias: Indicadores de cumplimiento, informes y soportes contractuales.

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° 91002019	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	SALUD TOTAL	2025/11/12	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/12	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/11/12	$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 440.500

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	*JUANA VALENTINA MARROQUIN HERNANDEZ* *PS_7519_2025_307017* **JUANA VALENTINA MARROQUIN HERNANDEZ** **CC: 1000930647**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA* *PS_7519_2025_307017* **SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANA MARGARET RABA SIERRA* *PS_7519_2025_307017* **ANA MARGARET RABA SIERRA** **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	1000930647	JUANA VALENTINA MARROQUIN HERNANDEZ	KR 48 B 73 A 65 SUR	3115396885	marroquinvalentina18@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	12/11/2025	91002019	$440.500	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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	0	0		227.800	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

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	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500

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**
CC	1000930647	JUANA VALENTINA MARROQUIN HERNANDEZ		KR 48 B 73 A 65 SUR	3115396885	marroquinvalentina18@gmail.com
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	**UPC**
					1	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2025-10	2025-10	I	12/11/2025	91002019	$440.500	

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**	**Estudiante**	**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	1000930647	MARROQUIN HERNANDEZ JUANA VALENTINA	57	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Gmail juana marroquin <marroquinvalentina18@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 1922448494

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 11 de noviembre de 2025, 21:39
Para: marroquinvalentina18@gmail.com

¡Hola, Juana Valentina Marroquín Hernandez !

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:



Valor: $ 440.500

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 11/11/2025

CUS: 1922448494

Gracias por utilizar nuestro servicio.

Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

Para mayor información comunícate con nosotros:

En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5

Contáctanos: https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda

Un servicio de ach COLOMBIA

ACH Colombia Oficial · @ACHColombia_ · ACHColombiaOficial · ACH Colombia Oficial

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ACH COLOMBIA S.A.

"AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:
La información contenida en este email está destinada para el uso del individuo o entidad a la cual está direccionado y contiene información que es de carácter Confidencial o Privada. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier retención, distribución, utilización, divulgación o copia del presente mensaje está terminantemente prohibida y puede ser sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor notificar al remitente o a la dirección https://www.pse.com.co/web/guest/persona-centro-de-ayuda en el botón habla con nosotros, y elimine el mensaje y cualquier copia del mismo de forma

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 >

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_7519_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7519_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >