

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1233506645	JULIETH TATIANA VARGAS RIAÑO		CALLE 51 88 F 55 SUR	3193215445	JULIETHVAR.16@GMAIL.COM
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	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	12/12/2025	91427211	\$441.000	

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	178.000	0		0		0	1	200	0	178.200	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	1	200	0	228.000	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	34.700				34.700	1	100	34.800			347	34.800	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	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	178.000	178.200
Pensión	1	227.800	228.000
Riesgos Laborales	1	34.700	34.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	441.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1233506645	JULIETH TATIANA VARGAS RIAÑO		CALLE 51 88 F 55 SUR	3193215445	JULIETHVAR.16@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		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	12/12/2025	91427211	\$441.000		

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																		
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1233506645	VARGAS RIAÑO JULIETH TATIANA		59	0			N																230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JULIETH TATIANA VARGAS RIAÑO		CC:	1233506645	
CORREO ELECTRÓNICO:	JULIETHVAR.16@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3193215445	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 51 # 88 F - 55 INT 3		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24099144696

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 4542 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.981.140
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/02/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/15
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31		



JULIETH TATIANA VARGAS RIAÑO
PS_4542_2025_668856

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JULIETH TATIANA VARGAS RIAÑO

CC: 1233506645

CEL: 3193215445

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

JULIETH TATIANA VARGAS RIAÑO

CON C.C N°

1.233.506.645

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4542 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/02/03
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 7.182.560	No. HORAS EJECUTADAS	178
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 35.705.040	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.981.140
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOCE (12) MESES
--	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATALY DUQUE SALAZAR
-------------------------------	----------------------

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
-------------	--

	<p>1. PRESTAR EL SERVICIO DE CONFORMIDAD CON LA ASIGNACION DE ACTIVIDADES ACORDADAS CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA EL DESARROLLO DE LAS MISMAS .2. REALIZAR ACTIVIDADES PROPIAS DEL CUIDADO DE ENFERMERIA CUMPLIENDO LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES PREVINIENDO ACCIONES INSEGURAS EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD. (RECIBO Y ENTREGA DE TURNO, ACTIVIDADES DE ENFERMERIA Y DEMAS ACTIVIDADES QUE SE DERIVEN DEL PROCESO DE ENFERMERIA. 3. NOTIFICAR INMEDIATAMENTE LAS ACCIONES INSEGURAS OCURRIDAS A SUS PACIENTES AL MEDICO DE TURNO, JEFE INMEDIATO Y EN EL SISTEMA DE REPORTE.4. INFORMAR A LA ENFERMERA JEFE DEL SERVICIO Y AL MEDICO TRATANTE, SOBRE LOS CAMBIOS DEL ESTADO CLINICO DE LOS PACIENTES EN FORMA OPORTUNA Y ADECUADA. 5. REVISAR LA HISTORIA CLINICA DE LOS PACIENTES ASIGNADOS CONOCIENDO SU EVOLUCION DIARIA, TRATAMIENTO, PARA REALIZAR EL PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA INTEGRAL DEL PACIENTE. 6. DILIGENCIAR LOS REGISTROS DE LAS ATENCIONES, PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES E INTERVENCIONES, QUE PERMITA MANTENER ACTUALIZADOS LOS INFORMES ESTADISTICOS DEFINIDOS POR LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y TODOS AQUELLOS REGISTROS NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS DE COSTOS Y FACTURACION. 7. CUMPLIR LAS NORMAS INSTITUCIONALES DE BIOSEGURIDAD, VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, GESTION AMBIENTAL, SALUD OCUPACIONAL Y DEMAS POLITICAS INSTITUCIONALES. 8. RESPONDER POR LOS INVENTARIOS, REALIZAR CONTROL, CONSERVACION Y USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSUMOS, AL IGUAL QUE EL CUIDADO DE LA INFRAESTRUCTURA DEL SERVICIO Y/O AREA DONDE SE ENCUENTRE DESARROLLANDO LAS ACTIVIDADES. 9. OFRECER TRATO CON CALIDEZ Y CALIDAD AL PACIENTE Y LA FAMILIA, DANDO UNA ATENCION HUMANIZADA CONSERVANDO EL RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA SEGUN POLITICA INSTITUCIONAL DE HUMANIZACION . 10. MANTENER LA RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION CLINICA Y PERSONAL DE LOS PACIENTES, DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 1995 Y AL MANUAL DE MANEJO DE HISTORIA CLINICA ESTABLECIDO POR LA INSTITUCION.11. REALIZAR ASESORIAS PRETEST Y PRUEBAS RAPIDAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS INTRAMURALES Y EXTRAMURALES SEGUN SOLICITUDES REALIZADAS GENERANDO EL RESPECTIVO REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA, PLANILLAS E INFORMES GARANTIZANDO QUE SE REALICEN LOS RESPECTIVOS INFORMES . 12. REALIZAR BUSQUEDA ACTIVA DE POBLACION CLAVE, REALIZANDO TODO EL PROCESO CORRESPONDIENTE PARA EL DIAGNOSTICO (PRUEBAS RAPIDAS) 13. NOTIFICAR CASOS NUEVOS (SIVIGILA) 14. PROMOVER, PARTICIPAR EN JORNADAS DE TAMIZAJE DE POBLACION EN RIESGO, EN LAS DIFERENTES UNIDADES Y SERVICIOS; REALIZANDO REGISTROS ESTADISTICOS DE LAS ASESORIAS PARA LOS INFORMES MENSUALES.15. PORTAR EL CARNET INSTITUCIONAL DE LA SUBRED DURANTE LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES.16. SOLICITAR, ALISTAR, ENTREGAR, CUSTODIAR Y RETORNAR LIMPIEZA Y DESINFECCION DEL INSTRUMENTAL SEGUN EL AREA QUE CORRESPONDA TENIENDO EN CUENTA EL MANUAL DE CENTRAL DE ESTERILIZACION INSTITUCIONAL.17. PRESTAR SUS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, EN LO RELACIONADO CON ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION DE LA ENFERMEDAD. REALIZANDO ACTUALIZACION DE BASES DE DATOS Y INFORMES PARA ENTREGA SEGUN FECHAS ESTIPULADAS POR LA SUB RED PARA SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE COHORTES., ASIGNACION DE CITAS, DEMANDA INDUCIDA, SEGUIMIENTO, VACUNACION, ESTERILIZACION, Y DEMAS PROCEDIMIENTOS, DENTRO DE LOS PARAMETROS DE CALIDAD, DEFINIDOS EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD Y ACOGIENDO LAS GUIAS Y PROTOCOLOS DEFINIDOS POR LA SUBRED. 18. CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL SERVICIO Y CON LAS ASIGNACIONES REALIZADAS POR LA ENFERMERA COORDINADORA, LO CUAL INCLUYE APOYO E INSTRUMENTACION DE PROCEDIMIENTOS MENORES EN CONSULTORIO, TRASLADO Y ENTREGA</p>
--	---

1

DE MUESTRAS DE PATOLOGIA. 19. REALIZAR LA RECEPCION, CUSTODIA Y ENTREGA OPORTUNA DE LAS HISTORIAS CLINICAS DE CONTINGENCIA, FORMATOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO AL ARCHIVO DE GESTION DOCUMENTAL, REALIZADO EL REGISTRO EN EL FORMATO CORRESPONDIENTE. 20. APOYAR ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ACREDITACION Y HABILITACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 21. ORGANIZAR EL SERVICIO Y REALIZAR ALISTAMIENTO DE AREAS CON LA DOTACION NECESARIA Y MANTENERLOS ORDENADOS PARA FACILITAR LA PRESTACION DE SERVICIO ADECUADO Y OPORTUNO. 22. EJECUTAR PROCEDIMIENTOS Y CUIDADOS A LOS PACIENTES QUE REQUIEREN MANEJO EN EL PROGRAMA DE CLINICA DE HERIDAS 23. VELAR POR EL CUIDADO Y APROVECHAMIENTO DE LOS SUMINISTROS Y EXISTENCIAS DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO. 24. RESPONDER POR LOS INVENTARIOS, CONSERVACION Y USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSUMOS Y RECIBIR PRENDAS DE ROPA QUIRURGICA PARA LA ELABORACION DE PAQUETES TENIENDO EN CUENTA LAS TAREAS DE AUTOCLAVES DE ESTERILIZACION EN CUANTO ACOMODACION DE LA CARGAS EN LA CAMARA, COLOCACION DIARIA DE TEST BOWIE & DICK Y EL MONITOREO DEL PROCESO DE VALIDACION DE CADA CARGA Y REGISTRO EN LOS FORMATOS CORRESPONDIENTES. 25. DILIGENCIAR EN FORMA ADECUADA CADA UNO DE LOS FORMATOS ESTABLECIDOS Y REALIZAR EL REGISTRO Y LECTURA A DIARIO DE TERMO HIDROMETRIA DEL SERVICIO. 26. DAR CUMPLIMIENTO CON LO ESTABLECIDO EN LAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE LA INSTITUCION EN CUANTO A EL USO DEL UNIFORME Y ELEMENTOS DE PROTECCION DENTRO DE LAS AREAS ASIGNADAS. 27. APOYAR EL CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD SEGUN EL REQUERIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE, ASISTIR A JORNADAS DE CAPACITACIONES, REUNIONES Y EVENTOS QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO. 28. REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO AL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN LA REVISION MENSUAL DEL CARRO, , SECUENCIA Y VERIFICACION CANDADOS DE SEGURIDAD, REGISTROS OPORTUNOS SEGUN FORMATOS ESTABLECIDOS TENIENDO EN CUENTA EL REGISTRO DE TEMPERATURA Y DESCARGA. DESFIBRILADOR SEGUN PROTOCOLO INSTITUCIONAL.

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° 91427211	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/12/12	\$ 177.937
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/12	\$ 227.760
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/12/12	\$ 34.676
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.373

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



JULIETH TATIANA VARGAS RIAÑO

PS_4542_2025_668856

JULIETH TATIANA VARGAS RIAÑO

CC: 1233506645

FIRMA DE QUIEN VALIDA



MAYERLI MARTINEZ HERRERA

PS_4542_2025_668856

MAYERLI MARTINEZ HERRERA

SUPERVISOR ALTERNO

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



NATALY DUQUE SALAZAR

PS_4542_2025_668856

NATALY DUQUE SALAZAR

SUPERVISOR DEL CONTRATO



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

1 Información general

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

2 Condiciones

VER CONTRATO

3 Bienes y servicios

Ejecución del Contrato

4 Documentos del Proveedor

Porcentaje Recepción de artículos

5 Documentos del contrato

Plan de Pagos

6 Información presupuestal

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

7 Ejecución del Contrato

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

8 Modificaciones del Contrato

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

9 Incumplimientos

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> PS 4542 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 4542 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 4542 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 4542 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 4542 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025 (5).pdf	PS 4542 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025 (5).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 4542 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025 (10).pdf	PS 4542 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025 (10).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 4542 2025 CRP 27-05-2025.pdf	PS 4542 2025 CRP 27-05-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 4542 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025 (41).pdf	PS 4542 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025 (41).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS45422025CUENTACOBROMESDEJULIO.pdf	PS45422025CUENTACOBROMESDEJULIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 2 PS 4542 2025 CRP-13769.pdf	2 PS 4542 2025 CRP-13769.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 3 PS 4542 2025 CRP-18250.pdf	3 PS 4542 2025 CRP-18250.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 4542 2025 CUENTA COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 4542 2025 CUENTA COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> septiembre julieth.pdf	septiembre julieth.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 4542 2025 CUENTA COBRO OCTUBRE	JULIETH_merged-1-6.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 4542 2025 CUENTA COBRO NOVIEMBRE.pdf	PS 4542 2025 CUENTA COBRO NOVIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >