

|                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                      |                                                  |         |              |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------|---------|--------------|--------------|
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                      |                                                  |         |              |              |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)                                                                                                                                                                                                                                                       |                                      |                                                  |         |              |              |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                                          | MARIA FERNANDA GUITIERREZ HINOSTROZA |                                                  |         | NIT:         | 700174522    |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                                           | GUTI54FER@HOTMAIL.COM                |                                                  |         | TELÉFONO:    | 3213039650   |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                                          | KR 18 4 13 SUR                       |                                                  |         | CIUDAD:      | BOGOTA       |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                                                                                                                                                                                                                                                      | BANCO DAVIVIENDA S.A.                | TIPO DE CUENTA:                                  | AHORROS | N° CUENTA:   | 009800185796 |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                                         |                                      |                                                  |         |              |              |
| N° DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                              | PS 7292 2025                         | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO |         | \$ 6.348.060 |              |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                      | 2025/09/30                           | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   |         | 2026/01/31   |              |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                                                      | DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31         |                                                  |         |              |              |
| <div><div>MARIA FERNANDA GUITIERREZ HINOSTROZA<br/>PS_7292_2025_3212F0</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:<br/>MARIA FERNANDA GUITIERREZ HINOSTROZA<br/>NIT: 700174522<br/>CEL: 3213039650</div> |                                      |                                                  |         |              |              |

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y  
 MARIA FERNANDA GUTIERREZ HINOSTROZA

CON C.C N° 700.174.522

|                      |                                                                                                                                                                                               |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                       |                 |                                           |              |
|-------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------|--------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 7292 2025    | FECHA INICIO CONTRATO                     | 2025/09/30   |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                            | \$ 6.778.317    | No. HORAS EJECUTADAS                      | 180          |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:          | \$ 37.030.350   | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 6.348.060 |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS               | CINCO (5) MESES |                                           |              |

|                                               |                            |
|-----------------------------------------------|----------------------------|
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | HOSPITAL LA VICTORIA       |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR:                        | CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ |

| 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    | .Ejecuté al 100% procedimientos diagnósticos y terapéuticos dentro del plan de manejo de la especialidad, brindando atención oportuna, íntegra, continua y humanizada que incluya seguimiento, control y emisión de conceptos médicos, garantizando la autonomía institucional y la cobertura en todas las unidades requeridas                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 2    | .Informé clara y oportunamente al paciente, su familia y equipo de salud sobre la condición clínica, plan de manejo, recomendaciones y novedades, Realicé entrega de turno presencial mediante ronda médica, asegurando la continuidad y seguridad en la atención en el 100% de los casos.                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 3    | .Registré de manera completa, oportuna y sistematizada el 100% de las actividades en los sistemas institucionales, incluyendo historias clínicas, consentimientos informados y reportes. En caso de fallas del sistema, utilice los formatos de contingencia establecidos, garantizando la confidencialidad, integridad y respaldo documental mediante firma y sello profesional. Además, anexe el 100% de actividades realizadas en la dinámica gerencial, tales como triare, atención inicial de urgencias, evolución de urgencias, procedimientos y fichas de notificación. |
| 4    | .Respeté derechos del paciente, cumplí con el código de ética médica y disposiciones legales, así como me adherí al 100% de los protocolos, guías, políticas institucionales y marco normativo vigente que rige la prestación de los servicios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 5    | .Garantice al 100% el adecuado uso, custodia, funcionamiento, reparación y reposición de equipos, elementos e instalaciones asignados para el desarrollo de las actividades, reportando los activos según normativa institucional.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 6    | .Colaboré activamente y al 100% en la implementación y cumplimiento de políticas de calidad, seguridad del paciente, gestión del riesgo, acreditación y otros sistemas de garantía de calidad, incluyendo la notificación y análisis de eventos adversos y obligatorios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 7    | .Partícipe en capacitaciones, reuniones, comités, supervisiones internas y externas, cumpliendo oportunamente las recomendaciones y compromisos derivados de estos procesos, así como apoyé actividades y requerimientos institucionales y extra institucionales en su 100%.                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 8    | .Cumplí con el 100% del diligenciamiento adecuado y oportuno de documentos para procesos de costos, facturación, certificados legales (Fichas de notificación, defunción, MIPRES), y ayudé a responder reclamaciones y objeciones para evitar glosas, y garantizar la entrega oportuna de cuentas de cobro y el pago de aportes de seguridad social.                                                                                                                                                                                                                           |
| 9    | .Coordiné integralmente y al 100% el área de urgencias, reporté censos, gestione la liberación y flujo de camillas y camas, desarrolle y dirigi unidades de urgencias considerando normatividad y requisitos técnicos, y elaboré guías y planes para emergencias y desastres.                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 10   | .Informé al 100% y oportunamente al supervisor sobre cualquier novedad que afectara la prestación del servicio, incluyendo ausencias o cambios en programación, garantizando la continuidad y adecuada respuesta 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 <b>clausula "Forma de Pago, <u>CERTIFICO</u></b> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2026-01-01) AL (2026-01-31)                                                                   |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                       |              |
| IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                       |              |
| No. DE PLANILLA:                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Nº 635416                                                                                                                                                                          | OPERADOR:                                                                                                                                                                                                                             | MI PLANILLA  |
| CONCEPTO DEL PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ENTIDAD                                                                                                                                                                            | FECHA DE PAGO                                                                                                                                                                                                                         | VALOR PAGADO |
| SALUD:                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | SANITAS                                                                                                                                                                            | 2026/01/19                                                                                                                                                                                                                            | \$ 358.800   |
| PENSIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | COLPENSIONES                                                                                                                                                                       | 2026/01/19                                                                                                                                                                                                                            | \$ 459.200   |
| RIESGOS LABORALES:                                                                                                                                                                                                                                                                                          | SURA                                                                                                                                                                               | 2026/01/19                                                                                                                                                                                                                            | \$ 70.000    |
| OTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                       |              |
| TOTAL PAGADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                       | \$ 888.000   |
| 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 ningún 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                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                    | <div><div>MARIA FERNANDA GUITIERREZ HINOSTROZA<br/>PS_7292_2025_3212F0</div><div>MARIA FERNANDA GUITIERREZ HINOSTROZA<br/>NIT: 700174522</div></div> |              |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                    | <div><div>CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ<br/>PS_7292_2025_3212F0</div><div>CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ<br/>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div>          |              |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                  |               |                          |                 |               |     |
|----------------------|----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAMES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
|                      |                                  |               |                          |                 | EMPLEADOS     | UPC |
|                      |                                  |               |                          |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2025-12              | 2025-12                          | I             | 19/01/2026               | 635416          | \$888.000     |     |

### 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 |           |                       |                |               |               |
| EPS005        | Sanitas EPS | 800251440-6 | 358.800                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 358.800        | 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 |
| 25-14           | Colpensiones | 900336004-7 | 459.200                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 459.200       | 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 | 70.000                 |                  |       |                        | 70.000                | 0         | 0                     | 70.000              |                            |                     | 700               | 70.000        | 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                              | 358.800                             | 358.800       |
| Pensión                | 1                              | 459.200                             | 459.200       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 70.000                              | 70.000        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>         | 3                              | 888.000                             | 888.000       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                     |        |                     |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-------------------------------------|--------|---------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                    |        | DIRECCIÓN           | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CE                  | 678486            | MARIA FERNANDA GUTIERREZ HINOSTROZA |        | Carrera 18#4-13 sur | 3213039650         | guti54fer@hotmail.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 |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC       |
| 2025-12              | 2025-12                           | I             | 19/01/2026               | 635416          | \$888.000 |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                                     |  |  |  |           |         |                       |                  |           |     |     |     |     |         |     |     |     |      |     |    |       |     |     |                   |     |            |          |           |            |                      |                      |                                |                                 |          |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
|-----------------------|------|-----------------------|-------------------------------------|--|--|--|-----------|---------|-----------------------|------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|------|-----|----|-------|-----|-----|-------------------|-----|------------|----------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                                     |  |  |  |           |         | INFORMACIÓN NOVEDADES |                  |           |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |      |     |    | SALUD |     |     | RIESGOS LABORALES |     |            | CCF      |           |            | PARAFISCALES         |                      |                                |                                 |          |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres                 |  |  |  | Cotizante | Subjugo | Exonerado             | Columna exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP     | TAP | VBP | VBT | SILN | IOE | MA | MA    | VAC | AVP | 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                     | CE   | 678486                | GUTIERREZ HINOSTROZA MARIA FERNANDA |  |  |  | 57        | 0       |                       |                  | N         |     |     |     |     |         |     |     |     |      |     |    |       |     |     |                   |     |            | 25-14    | 2.870.000 | 459.200    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS005   | 2.870.000 | 358.800                | 14-11    | 2.870.000 | 3               | 70.000     |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 |

PAGADA

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

- 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? ☐ Si ☒ 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 |                           |                         |
|--------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | PS 7292 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf   | PS 7292 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf   | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | PS 7292 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf | PS 7292 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | PS 7292 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf | PS 7292 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >