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: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**PAULA NATALIA BOTERO HIGUABITA**			**CC:**	**1034776849**
CORREO ELECTRÓNICO:	**PANABOHI21@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3214745768**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 26SUR 89C 39**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24116139311**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7509 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 486.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/09**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/02/28**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31**				

PAULA NATALIA BOTERO HIGUABITA
PS_7509_2025_B505CC

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
PAULA NATALIA BOTERO HIGUABITA
CC: 1034776849
CEL: 3214745768

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			
PAULA NATALIA BOTERO HIGUABITA			
	CON C.C N°	**1.034.776.849**	
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 7509 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/09**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.285.280	**No. HORAS EJECUTADAS**	**30**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 18.282.780	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 486.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) 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	Obligación 1: PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED 1.1 Actividades desarrolladas: Presté mis servicios de manera oportuna y con altos estándares de calidad, garantizando el cumplimiento de las actividades establecidas dentro del convenio Más Bienestar 1.2. Productos (Evidencia): Formatos de firmas, archivo plano del aplicativo GTAPS, actas, asistencia de reuniones presenciales y virtuales
2	Obligación 2: PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR, ADICIONALMENTE CON LA FINALIZACIÓN DEL MES SE DEBE ENTREGAR UN INFORME DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARA LA EJECUCIÓN DE SUS ACTIVIDADES 2.1 Actividades desarrolladas: Elaboré y presenté cada mes el cronograma de actividades programadas, y al finalizar el periodo entregué el informe detallado de las acciones ejecutadas 2.2. Productos (Evidencia): Cronograma mensual diligenciado en el drive
3	Obligación 3: APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, PRESENTANDO LA INFORMACIÓN Y/O SOPORTES QUE SE SOLICITE CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED 3.1 Actividades desarrolladas: Brindé apoyo a la prestación de los servicios del convenio entregando los documentos y soportes requeridos conforme a los anexos y lineamientos técnicos vigentes 3.2. Productos (Evidencia): Actas, formatos diligenciados
4	Obligación 4: APOYAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD Y AQUELLAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD 4.1 Actividades desarrolladas: Participé activamente en las actividades orientadas al mejoramiento continuo de la calidad, contribuyendo a los planes de mejora relacionados con estándares de habilitación y acreditación 4.2. Productos (Evidencia): Actas de reuniones, asistencia a reuniones presenciales y virtuales
5	Obligación 5: REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED 5.1 Actividades desarrolladas: Realicé procesos de apropiación conceptual desde mi perfil profesional, revisando y aplicando los lineamientos técnicos del convenio 5.2. Productos (Evidencia): Registro de asistencia a reuniones, acta de apropiación de lineamientos
6	Obligación 6: DESARROLLAR PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES CONFORME A SU SABER DISCIPLINAR Y PROFESIONAL, EN FUNCIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS PROCESOS TRANSVERSALES 6.1 Actividades desarrolladas: Brindé asistencia técnica a los procesos del convenio, aplicando mis competencias profesionales para fortalecer el desarrollo de las actividades 6.2. Productos (Evidencia): Listas de asistencia en reuniones virtuales y presenciales
	Obligación 7: REALIZAR LA REVISIÓN, ALISTAMIENTO Y ENTREGA CON CALIDAD DE CADA UNO DE LOS FORMATOS, DOCUMENTOS, BASES O INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN CUMPLIMIENTO A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS

7	EXTRAMURALES VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED 7.1 Actividades desarrolladas: Revisé, alisté y entregué con calidad los formatos, bases y documentos generados como resultado de las intervenciones realizadas 7.2. Productos (Evidencia): Formatos diligenciados y firmados, reporte de archivo plano aplicativo GTAPS
8	Obligación 8: PARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO 8.1 Actividades desarrolladas: Participé en los acercamientos comunitarios e institucionales necesarios para el fortalecimiento de los procesos asignados 8.2. Productos (Evidencia): Listas de asistencia, fotografías
9	Obligación 9: ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES 9.1 Actividades desarrolladas: Detecté, activé y notifiqué los eventos de interés en salud pública encontrados durante mis intervenciones, según los protocolos establecidos 9.2. Productos (Evidencia): Fichas de notificación
10	Obligación 10: PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR SDS DE ACUERDO CON LOS PROCESOS ASIGNADOS Y CONFORME A LAS ACTIVIDADES, METAS Y PRODUCTOS ESTABLECIDOS EN LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED 10.1 Actividades desarrolladas: Participé en las asistencias técnicas convocadas por la Secretaría Distrital de Salud, cumpliendo con las actividades, metas y productos definidos 10.2. Productos (Evidencia): Registro de asistencia, actas de las sesiones
11	Obligación 11: ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL 11.1 Actividades desarrolladas: Organicé correctamente toda la documentación generada, cumpliendo con la normatividad y la tabla de retención documental institucional 11.2. Productos (Evidencia): Lista de verificación de archivo
12	Obligación 12: REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN 12.1 Actividades desarrolladas: Atendí todas las obligaciones adicionales relacionadas con el objeto del contrato que fueron asignadas por la supervisión 12.2. Productos (Evidencia): Correo electrónico, actas, listas de asistencia
13	Obligación 13: REALIZAR CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA A COMPLETITUD, CON CALIDAD Y VERACIDAD REALIZANDO LOS TAMIZAJES CORRESPONDIENTES SEGÚN LINEAMIENTO EN EL DESARROLLO DE LA CARACTERIZACIÓN (APGAR, TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS SEGÚN RESOLUCIÓN 3280-2018, OMS, FINDRISC, CUESTIONARIO DE EPOC Y PLANILLA DE FIRMAS), TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA 13.1 Actividades desarrolladas: Realicé la caracterización sociodemográfica completa, llevando a cabo los tamizajes establecidos como APGAR, antropometría, FINDRISC, EPOC y planilla de firmas 13.2. Productos (Evidencia): Formatos de firmas, planillas de tamizaje, archivo plano GTAPS
14	Obligación 14: DILIGENCIAR LA INFORMACIÓN DE LA CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA EN EL APLICATIVO GTAPS DE LA SDS DIARIAMENTE A COMPLETITUD, CON VERACIDAD Y CALIDAD DEL DATO DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCIÓN, TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA 14.1 Actividades desarrolladas: Registré diariamente la información de las caracterizaciones sociodemográficas en el aplicativo GTAPS con veracidad, dentro de las primeras 24 horas 14.2. Productos (Evidencia): Archivo plano GTAPS
15	Obligación 15: PRESENTAR EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES E INSUMOS PREPARADOS (MAPAS BASE, MATRICES, CARTOGRAFÍA, DATOS CATASTRALES Y POBLACIONALES) 15.1 Actividades desarrolladas: Preparé y presenté los insumos necesarios para el proceso, incluyendo mapas base, matrices, datos catastrales y cartografía 15.2. Productos (Evidencia): Carpeta con mapas, actas
16	Obligación 16: PRESENTAR MAPA CON REGISTRO DEL EJERCICIO DE CARTOGRAFÍA REALIZADO POR EL GESTOR. · MATRIZ DE INFORMACIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA, CON EL REGISTRO REALIZADO POR PARTE DEL GESTOR 16.1 Actividades desarrolladas: Elaboré y entregué el mapa territorial con los registros de cartografía y la matriz con la información cuantitativa y cualitativa correspondiente 16.2. Productos (Evidencia): Mapas actualizados, actualización de estados prediales
17	Obligación 17: PARTICIPAR EN EL COMITÉ TERRITORIAL EN EL QUE PARTICIPA TODO EL EQUIPO REVISIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN (CARTOGRAFÍA, MATRIZ, INFORME Y CONCLUSIONES DE COMITÉ DE CUIDADO) 17.1 Actividades desarrolladas: Participé en el comité territorial junto con el equipo, realizando revisión y análisis de la información trabajada en campo 17.2. Productos (Evidencia): Lista de asistencia
18	Obligación 18: REALIZAR EL REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES EN INSTRUMENTOS DEFINIDOS PARA CAPTURA DE INFORMACIÓN CON CALIDAD (PLANILLA DE FAMILIAS CON CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ATENCIÓN INICIAL DESDE ABORDAJE TERRITORIAL, APLICATIVO EN LÍNEA DEFINIDO POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD) 18.1 Actividades desarrolladas: Registré todas las actividades realizadas en los instrumentos oficiales de captura de información, asegurando calidad y completitud 18.2. Productos (Evidencia): Planillas diligenciadas, archivo plano GTAPS

19	Obligación 19: GESTIONAR Y ACTIVAR LOS RIESGOS EN SALUD IDENTIFICADOS CON OPORTUNIDAD A TRAVÉS DEL AGENDAMIENTO, ACTIVACIONES DE RUTA O FORMATOS DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA SEGÚN CORRESPONDA 19.1 Actividades desarrolladas: Gestioné y activé oportunamente los riesgos en salud detectados mediante agendamientos, activaciones de ruta o notificaciones de eventos 19.2. Productos (Evidencia): Registros de agendamiento, formatos de activación de rutas
20	Obligación 20: CUMPLIR, SEGÚN SU PERFIL Y RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, CON TODAS LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TÉCNICO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR VIGENTE, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, ASÍ COMO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS QUE DE ESTE SE DERIVEN 20.1 Actividades desarrolladas: Cumplí con todas las obligaciones establecidas en el anexo técnico del convenio y con los lineamientos operativos que derivaron de él, acorde con mi perfil profesional 20.2. Productos (Evidencia): Formatos de firmas, archivo plano del aplicativo GTAPS, actas, asistencia de reuniones presenciales y virtuales

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° 8392281803	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/12/11	$ 179.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/11	$ 229.700
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/11	$ 35.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 444.200

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	*PAULA NATALIA BOTERO HIGUABITA* *PS_7509_2025_B505CC* **PAULA NATALIA BOTERO HIGUABITA** **CC: 1034776849**

FIRMA DE QUIEN VALIDA	*SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA* *PS_7509_2025_B505CC* **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_7509_2025_B505CC* **ANA MARGARET RABA SIERRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): PAULA NATALIA BOTERO HIGUABITA
No. Identificación: CC1034776849
Dirección: CALLE 26 SUR #89C 39
Telefono: 3208739547
Correo: panabohi21@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8392281803

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	PAULA NATALIA BOTERO HIGUABITA	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC1034776849	**Periodo de Cotización Salud**	noviembre de 2025
Número de planilla	8392281803	**Periodo de Cotización Pensión**	noviembre de 2025
Fecha pago	2025-12-11	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	93592740	**Total Pagado**	444200
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA
8392281803

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	35000	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	229700	1
EPS005	Sanitas EPS	179500	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1034776849
APELLIDOS Y NOMBRES: PAULA NATALIA BOTERO HIGUABITA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	25-14	1435320	1435320	1435320	0	179500	0	229700	0	35000	0

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

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9619766206 DV: 247449
Cliente:113237 PLANILLAS AVAL Aportes en Linea Arus Compensar Asopagos Simple Mi Plan
Fecha: 10/12/2025 18:34:14
PAP: 900895
Nombre: PAULA
Apellido 1: BOTERO
NUM PLANILLA: 8392281803
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 1034776849
PERIODO: 202511
Referencia: 8392281803Valor: $444.200,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo; tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

Powered by CamScanner

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

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_7509_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7509_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS_7509_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	PS_7509_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >