

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

| | | | | | |
|--------------------------|------------------------------|-----------------|-----------|------------|----------|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | ASTRID VIVIANA PRADA BELTRAN | | CC: | 1023875455 | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | ASTRIDVPRADA@GMAIL.COM | | TELÉFONO: | 3124986522 | |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | TV 15E 14A 49 SUR | | CIUDAD: | BOGOTA | |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | NU | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | N° CUENTA: | 61144523 |

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|--------------------------|------------------------------|--|--------------|
| N° DEL CONTRATO: | PS 2123 2025 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 2.086.862 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 2025/01/01 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 2026/01/31 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31 | | |



ASTRID VIVIANA PRADA BELTRAN
PS_2123_2025_E3298D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ASTRID VIVIANA PRADA BELTRAN

CC: 1023875455

CEL: 3124986522

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

ASTRID VIVIANA PRADA BELTRAN

CON C.C N°

1.023.875.455

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

| | | | |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 2123 2025 | FECHA INICIO CONTRATO | 2025/01/01 |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|

| | | | |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------------|------------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 8.347.448 | No. HORAS EJECUTADAS | 202 |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------------|------------|

| | | | |
|---|---------------|--|--------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ 30.216.068 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 2.086.862 |
|---|---------------|--|--------------|

| | |
|--|------------------|
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | TRECE (13) 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. EJECUTAR EL SEGUIMIENTO DE LOS USUARIOS INSCRITOS EN LOS DIFERENTES CICLOS DE VIDA Y RUTAS DE ATENCIÓN DE ACUERDO CON LA DISTRIBUCIÓN POR LOCALIDAD. 1.1. Actividades desarrolladas: Se realiza seguimiento a usuarios crónicos de las diferentes EAPB asignar citas según curso de vida con frecuencia de uso. 1.2. Productos (Evidenciarías): Base de Censos de capital salud, seguimientos c.s. |
|---|---|

| | |
|---|--|
| 2 | 2. REALIZAR LA ASIGNACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ACUERDO A LA CANALIZACIÓN DE LOS USUARIOS ASIGNADOS, O QUE CONSULTAN EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA SUBRED. 2.1. Actividades desarrolladas: Se gestionan canalizaciones al 100% de las diferentes EAPB de las rutas de cardio cerebrovascular y epoc entregadas vía correo electrónico por el técnico encargado. 2.2. Producto (Evidencias): Validación en base de canalizaciones drive. |
|---|--|

| | |
|---|---|
| 3 | 3. REALIZAR SEGUIMIENTO A LA ADHERENCIA DE LOS USUARIOS EN LAS DIFERENTES RUTAS DE ATENCIÓN MEDIANTE LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES ESTABLECIDAS POR CURSO DE. 3.1. Actividades desarrolladas: Se realizan seguimiento a usuarios reportados en las diferentes rutas de atención. 3.2. Productos (Evidencias): base de datos de capital salud, sanitas, famisanar. |
|---|---|

| | |
|---|---|
| 4 | 4. REALIZAR SEGUIMIENTO A LA ASIGNACIÓN DE CITAS MÉDICAS DE ACUERDO CON LAS DIFERENTES RUTAS DE ATENCIÓN EN PERSONAS DE LOS DIFERENTES MOMENTOS DEL CURSO DE VIDA Y RUTAS DE RIESGO DE ACUERDO CON EL TEMA ASIGNADO. 4.1. Actividades desarrolladas: Se realiza seguimiento y agendamiento de citas pendientes a usuarios crónicos de las diferentes EAPS. Validando actividades de la RPMS del curso de vida. 4.2. Productos (Evidencias): base de datos de capital salud, sanitas, famisanar. |
|---|---|

| | |
|---|---|
| 5 | 5. APOYAR EN LA ELABORACIÓN DE INFORMES QUE SE REQUIERAN. 5.1. Actividades desarrolladas: Se realiza búsqueda de diagnósticos individuales en historia clínica para base de datos. 5.2. Productos (Evidencias): Entrega de diagnósticos a líder de proceso. |
|---|---|

| | |
|---|--|
| 6 | 6. INFORMAR A LA LIDER DE LA COHORTE LOS HALLAZGOS ENCONTRADOS EN EL SEGUIMIENTO RELACIONADOS CON LA GESTION DEL RIESGO (BARRERAS DE ACCESO). 6.1. Actividades desarrolladas: Se informa al líder de la cohorte por medio de correo hallazgos encontrados en el seguimiento relacionados con la gestión del riesgo y se realiza gestión para las barreras de acceso. 6.2. Productos (Evidencias): Mediante correo electrónico a la líder de proceso. |
|---|--|

| | |
|---|---|
| 7 | 7. REALIZAR LA BUSQUEDA DE LOS DATOS DE SERVICIO PENDIENTES POR USUARIO DE ACUERDO CON SU CICLO DE VIDA O CANALIZACION ASIGNADA. 7.1. Actividades desarrolladas: Gestionar y asignar atenciones pendientes del usuario según curso de vida o ruta de riego. 7.2. Productos (Evidencias): Evidencia en base de datos de drive. |
|---|---|

| | |
|---|--|
| 8 | 8. REALIZAR LOS SOPORTES NECESARIOS PARA LAS BASES DE DATOS SICR Y HERRAMIENTAS DE MONITOREO EN CADA COHORTE DEL RIESGO, POSTERIOR RADICACION A LIDER. 8.1. Actividades desarrolladas: Se gestionan bases de canalizaciones y herramientas de monitoreo dando conocimiento a la jefe de cohorte o líder de proceso. 8.2. Productos (Evidencias): Se reporta por medio de correo electrónico a la jefe de cohorte o líder de proceso. |
|---|--|

| | |
|----|---|
| 9 | <p>9. REALIZAR LA ENTREGA DE LOS USUARIOS A CADA UNA DE LAS RUTAS DEL RIESGO SEGUN DIAGNOSTICOS IDENTIFICADOS.</p> <p>9.1. Actividades desarrolladas: Se realiza búsqueda de diagnósticos en historia clínica y se hace entrega de base de datos realizando el respectivo seguimiento y asignación de cita.</p> <p>9.2. Productos (Evidencias): Se reporta por medio de correo electrónico a la jefe de cohorte o líder de proceso, Evidencia en base de datos egresos hospitalarios de drive.</p> |
| 10 | <p>10. REALIZAR LA DEMANDA INDUCIDA REALIZADO CONTACTO TELEFONICO A CADA USUARIO DE ACUERDO CON LA ASIGNACION DE CITAS MEDICAS DE LA RPYMS Y LAS COHORTES DEL RIESGO.</p> <p>10.1. Actividades desarrolladas: Se realiza seguimiento telefónico a los usuarios reportados por la líder de proceso, asignando consultas pendientes según riesgo o curso de vida.</p> <p>10.2. Productos (Evidencias): Se reporta por medio de correo electrónico a la jefe de cohorte o líder de proceso, Evidencia en base de datos de drive.</p> |
| 11 | <p>11. REALIZAR EL SEGUIMIENTO A LAS BASES DE DATOS DE LAS COHORTES DEL RIESGO.</p> <p>11.1. Actividades desarrolladas: Se realiza seguimiento telefónico y agendamiento de citas pendientes a los usuarios reportados con riesgo cardíaco cerebrovascular y epoc.</p> <p>11.2. Productos (Evidencias): Se reporta por medio de correo electrónico a la jefe de cohorte o líder de proceso, Evidencia en base de datos de drive</p> |
| 12 | <p>12. REALIZAR LA GESTION DOCUMENTAL DE CADA ACTIVIDAD REALIZADA DURANTE EL MES Y ENTREGAR EL SOPORTE AL LIDER DEL PROCESO, LA ACTIVIDAD DEBERA SER REALIZADA DE MANERA MENSUAL.</p> <p>12.1. Actividades desarrolladas: Se envía al correo de la cohorte gestión y seguimiento de las bases entregas por la líder del proceso en el mes.</p> <p>12.2. Productos (Evidencias): Se reporta por medio de correo electrónico a la jefe de cohorte o líder de proceso</p> |
| 13 | <p>13. RADICAR EN GESTIÓN DOCUMENTAL LOS SOPORTES OBTENIDOS DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO DE ACUERDO A LAS ESPECIFICACIONES DE ARCHIVO Y CON LOS CRITERIOS DE LA TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL, AL FINALIZAR LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO NO SE DEBERÁ CONTAR CON ARCHIVO PENDIENTE PARA ALMACENAMIENTO.</p> <p>13.1. Actividades desarrolladas: No Aplica</p> <p>13.2. Productos (Evidencias): No Aplica</p> |

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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|--------------------|-----------------|---------------|--------------|
| No. DE PLANILLA: | N° 92308060 | OPERADOR: | MI PLANILLA |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | COMPENSAR | 2025/12/11 | \$ 178.000 |
| PENSIÓN: | COLFONDOS | 2025/12/11 | \$ 227.800 |
| RIESGOS LABORALES: | SEGUROS BOLIVAR | 2025/12/11 | \$ 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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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



ASTRID VIVIANA PRADA BELTRAN

PS_2123_2025_E3298D

ASTRID VIVIANA PRADA BELTRAN

CC: 1023875455

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



ANA MARGARET RABA SIERRA

PS_2123_2025_E3298D

ANA MARGARET RABA SIERRA

SUPERVISOR DEL CONTRATO

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|------------------------------|--------|-------------------------------------|--------------------|--------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1023875455 | ASTRID VIVIANA PRADA BELTRAN | | transversal 15 este # 14 a - 49 sur | 2334478 | astrid_prada@hotmail.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 | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-12 | 2025-12 | I | 11/12/2025 | 92308060 | \$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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 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 |
|------------|-----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| 231001 | Colfondos | 800227940-6 | 227.800 | 0 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-7 | Seguros Bolivar S.A. | 860002503-2 | 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 |

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | |
|---------------------|-------------------|------------------------------|-------------------------------------|--------------|--------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1023875455 | ASTRID VIVIANA PRADA BELTRAN | transversal 15 este # 14 a - 49 sur | 2334478 | astrid_prada@hotmail.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 | | | | |
| 2025-12 | 2025-12 | \$440.500 | | | | |

DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------|-----------------------|------------------------------|-----------|---------|-----------|------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|----|----|-------|-----|-----|-------------------|----------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| No. | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Colom. exonerado | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | ISE | MA | MA | ASP | 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 | 1023875455 | PRADA BELTRAN ASTRID VIVIANA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001 | 1.423.500 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.423.500 | 178.000 | 14-7 | 1.423.500 | 3 | 34.700 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA



¡Listo! Hiciste tu pago

11 dic 2025, 13:53

Pago en:

COMPENSAR-OI

Descripción:

MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

La cantidad de:

\$440.500,00

Impuesto del 4X1.000 de:

\$0,00

Impuesto IVA:

\$0,00

Fecha de transacción:

11/12/2025

CUS:

1999909551

Número de referencia 1:

Número de referencia 2:

CC

Número de referencia 3:

1023875455

Número de la factura:

92308060

Esta transacción se hizo a través de PSE



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

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 | | | | | |

Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|--------------------------|---|---|-------------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | PS 2123 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf | PS 2123 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | PS 2123 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf | PS 2123 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | PS 2123 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf | PS 2123 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | PS 2123 2025 CUENTAS DE COBRO MES ABR 2025.pdf | PS 2123 2025 CUENTAS DE COBRO MES ABR 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | PS 2123 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf | PS 2123 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | 1 PS 2123 2025 CRP-6676.pdf | 1 PS 2123 2025 CRP-6676.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | 2 PS 2123 2025 CRP-15804.pdf | 2 PS 2123 2025 CRP-15804.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | PS 2123 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf | PS 2123 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | COMUNICACION SUPERVISOR PS 2123 2025 6-10-2025.pdf | COMUNICACION SUPERVISOR PS 2123 2025 6-10-2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | 3 PS 2123 2025 CRP-19305.pdf | 3 PS 2123 2025 CRP-19305.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | PS 2123 2025 - AGOSTO.pdf | PS 2123 2025 - AGOSTO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | PS 2123 2025 - SEPTIEMBRE.pdf | PS 2123 2025 - SEPTIEMBRE.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | PS 2123 2025 Cuenta de cobro Octubre 2025 .pdf | PS 2123 2025 Cuenta de cobro Octubre 2025 .pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | PS 2123 2025 Cuenta de cobro Noviembre 2025.pdf (Archivado) | PS 2123 2025 Cuenta de cobro Noviembre 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | PS 2123 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025 (1).pdf | PS 2123 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025 (1).pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | PS 2023 2025 - JULIO.pdf | PS 2023 2025 - JULIO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | PS 2123 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf | PS 2123 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |