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:	**MARIA PAULA CASTRO PADILLA**			**CC:**	**1013627084**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MAPU1705@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3223928417**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 73 1 26**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488400663420**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2138 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.672.026**
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**				

MARIA PAULA CASTRO PADILLA
PS_2138_2025_41DB8D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARIA PAULA CASTRO PADILLA
CC: 1013627084
CEL: 3223928417

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			
MARIA PAULA CASTRO PADILLA			
CON C.C N°	**1.013.627.084**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION 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 2138 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 8.016.078	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 37.408.364	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.672.026
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	*Obligacion 1:Realizar cruces entre las diferentes fuentes de información en salud. 1.1 Se realiza cruce con la base de asignacion Capital salud, Coosalud, famisanar y Sanitas correspondiente al mes con los ajustes solicitados actualizando los DATOS BASICOS DEL USUARIO Se realiza el cruce solicitado entre base de niños de 5 años notificados con DNT con asignacion para identificacion de curso de vida y subred asignada. Se realiza el cruce en Herramienta de Monitoreo Primera Infancia (Lactancia materna, Escalas de tamizacion, medicamentos, higiene oral, agudeza visual, educaciones pyd y hc educativa, morbilidad, EDA,ANEMIA,OTITIS,ERA,740,741,742 Y CONSULTA RESOLUTIVA, Laboratorios,seguimientos auxiliareS,Valoracion integral, peso,talla,canguro materno y canguro victoria,ALTERACIONS NUTRICIONALES,DNT,IRA,DEF. CONGENITO,SALUD ORAL,CANALIZACIONES,ACTUALIZACION FORMULA SALUD ORAL, PAI 2024, PAI CONSOLIDADO 2023, PAI CONSOLIDADO 2024, VACUNACION COVID, ACTUALIZACION DE SEXO DESDE ASIGNACION, FORMULA RPMS PAI Y AL DIA EN VALORACION) Cruce de usuarios con Nutricion para reportar los Suplementos solicitados a niños menores de 5 años CS Se realiza el cruce solicitado entre base NOTIFICACION SEMANAL EVENTO 113 con asignacion para identificacion de curso de vida y subred asignada. Se realiza cruce de Asignacion del mes, actualizacion de edad y tipo de documento en la base de subcohorte primera infancia para envio de adscripcion Se realiza cruce de actividades rpms (herramienta de monitoreo) en la base de subcohorte primera infancia como insumo de indicadores fenix Se realiza la busqueda y alimentacion de datos manual en Cohorte Infancia (PAI y CONSULTAS DE VALORACION INTEGRAL) Se realiza el cruce y actualizacion en herramienta de monitoreo primera infancia la adscripcion correspondiente al mes (ADSCRIPCION, CAPS, ALTERACIONES NUTRUCIONALES, CCV,TRASMISIBLES,CANCER,MATERNO,EPOC,ASMA,SALUD MENTAL,VIOLENCIAS) 1.2 Se entrega bases al correo lider_cohorte1@subredcentrooriente.gov.co, se dejan los archivos en el drive de herramientas de monitoreo
2	*Obligacion 2: Diseñar y generar bases de datos para cada una de las cohortes del riesgo. 2.1Se realiza la consolidacion de consultas de alteracion 2175 infancia, adolescencia y mayores de 18 para cruce con herramienta de monitoreo del mes correspondiente Se consolida, cruza y revisa base glosa capital salud con actividades de la ruta de promocion y mantenimiento como (valoracion integral por medicina, valoracion integral por enfermeria, higiene oral, educaciones, planificacion y agudeza visual) Consolidacion diaria de usuarios enviados por sedes formulados con suplemento Plumpy Nut para envio a capital y despacho del mismo Se realiza el envio de consultas de valoracion integral mes para cruce por aplicativo Anthro e identificar el estado nutricional de los menores 2.2 se entrega la informacion al correo lider_cohorte1@subredcentrooriente.gov.co
3	*Obligacion 3: Entregar semanalmente a cada cohorte, la información referenciada de laboratorio clínico, dinámica gerencial, entre otros aplicativos que se requieran para la generación y consolidación de informes. 3.1 Descarga de bases Dinamica (16 fuentes) ajuste, revision con dinamica web y adecuaciones para cruces en las 6 herramientas de monitoreo seguimiento del envio, solicitud y adecuacion de insumos recibidos por otras cohortes para alimentar las 6 herramientas de monitoreo (19 INSUMOS) Descarga base planificacion reporte Coosalud Envio datos para adscripcion herramienta de monitoreo cohorte primera infancia Envio datos para adscripcion Subcohorte primera infancia 3.2 se entregan las bases al correo lider_cohorte1@subredcentrooriente.gov.co y reposa la informacion en el drive de herramientas de monitoreo.

4	*Obligacion 4: Realizar los apoyos necesarios y acordes a su objeto contractual en el desarrollo de las actividades de la Dirección de Gestión Integral del Riesgo en Salud de la Subred Centro Oriente E.S.E. 4.1 Reuniones asistencias tecnicas demanda inducida Ingreso Notificacion inmediata asignados capital salud a la sub-cohorte notificados semanalamente Sivigila evento 113 Se realiza el seguimiento a menor notificado por DNT aguda desde capital salud para identificar su asignacion, ingreso a la subcohorte primera infancia y actividades realizadas Se reliza el envio de las consultas de valoracion integral por medicina y enfermeria identificadas en el mes que por frecuencia de uso no ingresarian a la cohorte primera infancia para revision y posterior ingreso a la herramienta Ingreso Notificacion total mes de septiembre de la poblacion asignada capital salud Sivigila eventos 113-215-345-346-348 a la subcohorte primera infancia. Verificando para el ingres el estado de afiliacion de cada usuario, la subred asignada, la edad comprendida entre 0-5 años y que sean poblacion nueva. Reunion tecnicos y lideres para seguimiento semanal Se realiza la busqueda e ingreso manual de niños sin vacunas registradas para completar esquema de vacunacion Ingreso de seguimientos sedes en la Sub-cohorte Infancia eventos (113-215-345-348) 16 SEDES 4.2 se envia la informacion al correo lider_cohorte1@subredcentrooriente.gov.co
5	*Obligacion 5: Realizar apoyo en la generación y consolidación de indicadores de riesgo necesarios para el reporte mensual, semestral y anual. 5.1 PMC CANGURO Consolidacion y revision para Reporte CS: cruces entre base canguro Dinamica, Canguro materno (sedes), Canguro Victoria (sede) y elaboracion de reporte y se agrega cabezote nuevo de presentacion Se realiza el envio de herramienta de monitoreo primera infancia preliminar para la generacion de indicadores por parte de la lider de la cohorte 5.2 se envian las bases al correo lider_cohorte1@subredcentrooriente.gov.co
6	*Obligacion 6: Realizar apoyo al proceso de canalización en cada proceso o cohorte del riesgo en donde realice sus obligaciones. 6.1 Se realiza el cierre diario de canalizaciones de acuerdo a la cantidad enviada en la base por la tecnico encargado 6.2 se carga en aplicativo sirc y se deja evidencia en los correos lider_cohorte1@subredcentrooriente.gov.co y tecnicodgirs3@subredcentrooriente.gov.co
7	*Obligacion 7: Apoyar en la digitación de los diferentes procesos bajo la supervisión de la dirección de gestión integral del riesgo. 7.1 no aplica para el mes
8	*Obligacion 8: Realizar la gestión documental de cada actividad realizada durante el mes y entregar el soporte al líder del proceso, la actividad deberá ser realizada de manera mensual. 8.1 Se realizan las descargas de HC solicitadas para seguimientos o auditorias internas o externas. Elaboracion y cargue de cuenta de cobro con sus correpondientes soportes. 8.2 se carga la infomacion al aplicativo SIGCO y las historias se envian a los correos de quien solicite lider_cohorte1@subredcentrooriente.gov.co
9	*Obligacion 9: 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. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. 9.1 no aplica para el mes

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° 1306054	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/01/05	$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/01/05	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/05	$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 440.500

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA	
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro. 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut) 3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro . 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.	
VII. ANEXOS (Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)	
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente	
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*MARIA PAULA CASTRO PADILLA* *PS_2138_2025_41DB8D* **MARIA PAULA CASTRO PADILLA** **CC: 1013627084**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANA MARGARET RABA SIERRA* *PS_2138_2025_41DB8D* **ANA MARGARET RABA SIERRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1013627084	MARIA PAULA CASTRO PADILLA	carrera 73 1 26	6014631213	mapu1705@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	05/01/2026	1306054	$469.000	

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	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	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
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	28.500	0	0	28.500	1

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	1	28.500	28.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	469.000	469.000

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1013627084	MARIA PAULA CASTRO PADILLA		carrera 73 1 26	6014631213	mapu1705@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	05/01/2026	1306054	$469.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1013627084	CASTRO PADILLA MARIA PAULA	59	0			N																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700	CCF24	1.423.500	28.500	0	0	0	0	0

PAGADA

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

PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 2056587714 Recibidos ×

serviciopse@achcolombia.com.co
para mí

sáb, 3 ene, 17:13

¡Hola, Maria paula castro !

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:



Valor: $ 469.000
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Fecha de la transacción: 03/01/2026
CUS: 2056587714

Gracias por utilizar nuestro servicio.

Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.

Responder Reenviar

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

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

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

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	PS 2238 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf (Archivado)	PS 2238 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2138 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 2138 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2138 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 2138 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2138 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 2138 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2138 2025 CUENTAS DE COBRO MES ABR 2025.pdf	PS 2138 2025 CUENTAS DE COBRO MES ABR 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2138 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf	PS 2138 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1 PS 2138 2025 CRP-6687.pdf	1 PS 2138 2025 CRP-6687.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 2138 2025 CRP-12232.pdf	2 PS 2138 2025 CRP-12232.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2138 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf	PS 2138 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2138 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025.pdf	PS 2138 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	3 PS 2133 2025 CRP-19451.pdf (Archivado)	3 PS 2133 2025 CRP-19451.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3 PS 2138 2025 CRP-19455.pdf	3 PS 2138 2025 CRP-19455.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2138 2025 CUENTA DE COBRO MES AGOSTO 2025.pdf.pdf	PS 2138 2025 CUENTA DE COBRO MES AGOSTO 2025.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 2138 2025 6-10-2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 2138 2025 6-10-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2138 2025 CUENTA DE COBRO MES SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 2138 2025 CUENTA DE COBRO MES SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2138 2025 CUENTA DE COBRO MES OCTUBRE 2025.pdf	PS 2138 2025 CUENTA DE COBRO MES OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2138 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 2138 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2138 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 2138 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >