

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	<b>DORIS STELLA SALAMANCA ORJUELA</b>		<b>CC:</b>	<b>53132918</b>
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	<b>DORIVEN05@GMAIL.COM</b>		<b>TELÉFONO:</b>	<b>3118750193</b>
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	<b>CL 74A SUR 92 71</b>		<b>CIUDAD:</b>	<b>BOGOTA</b>
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	<b>BANCO DAVIVIENDA S.A.</b>	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	<b>AHORROS</b>	<b>N° CUENTA:</b> <b>488423964706</b>

**DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	<b>PS 2124 2025</b>	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	<b>\$ 2.086.862</b>
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/01/01</b>	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	<b>2026/01/31</b>
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	<b>DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31</b>		



*DORIS STELLA SALAMANCA ORJUELA*  
*PS\_2124\_2025\_8CBBAB*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

**DORIS STELLA SALAMANCA ORJUELA**

**CC: 53132918**

**CEL: 3118750193**

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

**DORIS STELLA SALAMANCA ORJUELA**

**CON C.C N° 53.132.918**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	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.
-----------------------------	---

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 2124 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/01/01</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 8.347.448	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>202</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 30.216.068	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 2.086.862
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	<b>TRECE (13) MESES</b>
--	-------------------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	<b>CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO</b>
--	--

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	<b>ANA MARGARET RABA SIERRA</b>
-------------------------------	---------------------------------

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

1	EJECUTAR EL SEGUIMIENTO DE LOS USUARIOS INSCRITOS EN LOS DIFERENTES CICLOS DE VIDA Y RUTAS DE ATENCION DE ACUERDO CON LA DISTRIBUCION POR LOCALIDAD. SE HACE DEMANDA INDUCIDA SEGÚN REQUERIMIENTO PARA COMPLETAR ESQUEMA DE CITAS MEDICAS POR CURSO DE VIDA BASE DE DATOS
---	---

2	2. REALIZAR LA ASIGNACION Y SEGUIMIENTO DE ACUERDO A LA CANALIZACION DE LOS USUARIOS ASIGNADOS, O QUE CONSULTAN EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA SUBRED. 2.1 SE ASIGNA CITAS MEDICAS SEGUN RUTA DE RIESGO Y MOTIVO DE CANALIZACION DANDO COBERTURA A LA NECESIDAD DEL USUARIO/A 2.2 BASES DE CANALIAZACIONES, POR RUTA DE RIESGO
---	---

3	3. REALIZAR SEGUIMIENTO A LA ADHERENCIA DE LOS USUARIOS EN LAS DIFERENTES RUTAS DE ATENCION MEDIANTE LA EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES ESTABLECIDAS POR CURSO DE. 3.1 SE HACE SEGUIMEINTO A LOS USUARIOS GESTIONADOS VALIDANDO HISTORIA CLINICA Y PLAN DE MANEJO SEGÚN CRITERIO MEDICO PARA MAYOR COBERTURA EN APOYO A REQUERIMIENTOS SOLICITADOS 3.2 BASES DE DATOS SEGÚN RUTA DE RIESGO
---	---

4	. REALIZAR SEGUIMIENTO A LA ASIGNACION DE CITAS MEDICAR DE ACUERDO CON LAS DIFERENTES RUTAS DE ATENCION EN PERSONAS DE LOS DIFERENTES MOMENTOS DEL CURSO DE VIDA Y RUTAS DE RIESGO DE ACUERDO CON EL TEMA ASIGNADO. 4.1 SE REvisa HISTORIA CLINICA Y PLAN DE MANEJO PARA ASIGANAR CITAS DE ESPEIALISTA REQUERIDOS, PROCEDIMIENTOS O ORIENTAR AL USUARIO EN PROCESOS PUNTUALES 4.2 BASES DE DATOS SEGÚN RUTA DE RIESGO
---	---

5	5. APOYAR EN LA ELABORACION DE INFORMES QUE SE REQUIERAN. 5.1 SE GESTIONA BASES SEGÚN RUTA DE RIESGO PARA RETROELIMENTAR INFORMES, SEGÚN NECESIDAD 5.2 BASES DE DATOS DE RUTA DE RIESGO
---	---

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 SE NOTIFICA POR CORREO ELECTRONICO LA FALENCIA ENCONTRADA, PARA GESTIÓN Y SOLUCION CON EL FIN DE DAR RESPUESTA AL REQUERIMIENTO DEL USUARIO/A 6.2 CORREO ELECTRONICO
---	--

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 LOS USUARIOS NOTIFICADOS QUE TIENEN PENDIENTE ALGUN SERVICIO SE GESTIONA Y SE AGENDA CITAS QUE NO HAYAN TENIDO, TENIENDO AL FRECUENCIA DE USO Y CURSO DE VIDA 7.2 CORREO ELECTRONICO, REGISTRO EN DINAMICA
---	---

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 SE ASIGNA CITAS LAS CANALIZACIONES SEGUN RUTA DE RIESGO, RIESGO PRIORIZADO DANDO COBERTURA A LA NECESIDAD DEL USUARIO/A
---	---

8	8.2 BASES DE CANALIZACIONES, CORREO ELECTRONICO
9	9. REALIZAR LA ENTREGA DE LOS USUARIOS A CADA UNA DE LAS RUTAS DEL RIESGO SEGUN DIAGNOSTICOS IDENTIFICADOS. 9.1 SE HACE ENTREGA DE USUARIO A LA COHORTE PERTINENTE SEGÚN RIESGO IDENTIFICADO PARA ABORDAJE, COBERTURA DE NECESIDAD Y TRATAMIENTO DENTRO DE LOS PARAMETROS DE LA SUBRED CO 9.2 CORREO ELECTRONICO
10	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. 10.1 SERVICIO SE GESTIONA Y SE AGENDA CITAS QUE NO HAYAN TENIDO, TENIENDO AL FRECUENCIA DE USO Y CURSO DE VIDA, EN CASO DE QUE SE REQUIERE COBERTURA ADICIONAL POR ALGUNA COHORTE SE NOTIFICARA POR CORREO ELECTRONICO PARA SU DEBIDA GESTION 10.2 BASES DE DATOS, REGISTRO EN DINAMICA
11	11. REALIZAR EL SEGUIMIENTO A LAS BASES DE DATOS DE LAS COHORTES DEL RIESGO. 11.1 SE REVISIA HISTORIA CLINICA Y PLAN DE MANEJO PARA GARANTIZAR CUMPLIMIENTO DE LAS USUARIOS A LOS CITAS DE ESPECIALISTAS PARA DEFINIR TRATAMIENTO 11.2 BASES DE DATOS SEGÚN RUTA DE RISEGO
12	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. 12.1 ENTREGA DE BASES ACTUALIZADAS Y GESTIOANDAS DE LAS RUTAS DE RIESGO 12.2 BASES DE DATOS SEGÚN RUTA DE RIESGO
13	13. RADICAR EN GESTION DOCUMENTAL LOS SOPORTES OBTENIDOS DURANTE LA EJECUCION DEL CONTRATO DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES DE ARCHIVO Y CON LOS CRITERIOS DE LA TABLA DE RETENCION DOCUMENTAL, AL FINALIZAR LA EJECUCION DEL CONTRATO NO SE DEBERA CONTAR CON ARCHIVO PENDIENTE PARA ALMACENAMIENTO. NO APLICA

### 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° 92352300	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/01/07	\$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/01/07	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/07	\$ 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**



*DORIS STELLA SALAMANCA ORJUELA*

*PS\_2124\_2025\_8CBBAB*

**DORIS STELLA SALAMANCA ORJUELA**

**CC: 53132918**

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



*ANA MARGARET RABA SIERRA*

*PS\_2124\_2025\_8CBBAB*

**ANA MARGARET RABA SIERRA**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	53132918	DORIS STELLA SALAMANCA ORJUELA		calle 74a sur # 92-71 int 22 403	6017487594	doriven05@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	07/01/2026	92352300	\$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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	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										
14-11	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

**TOTALES PARAFISCALES**

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

**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
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>440.500</b>	<b>440.500</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	53132918	DORIS STELLA SALAMANCA ORJUELA		calle 74a sur # 92-71 int 22 403	6017487594	doriven05@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-12	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	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCION	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	53132918	SALAMANCA ORJUELA DORIS STELLA	57	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		0	0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA

# ← Detalle del movimiento



## ⬇ Pago realizado

Pago en  
Compensar-oi

¿Cuánto?  
\$ 440.500,00

Fecha  
07 de enero de 2026 a las 07:47 a. m.

Referencia  
M00929253

¿De dónde salió la plata?  
Disponible

[¿Algún problema con este movimiento?](#)



Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

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?  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		
<input type="checkbox"/> PS 2124 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 2124 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 2124 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 2124 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 2124 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 2124 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 2124 2025 CUENTAS DE COBRO MES ABR 2025.pdf	PS 2124 2025 CUENTAS DE COBRO MES ABR 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 2124 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf	PS 2124 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 1 PS 2124 2025 CRP-6677.pdf	1 PS 2124 2025 CRP-6677.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 2 PS 2124 2025 CRP-15805.pdf	2 PS 2124 2025 CRP-15805.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 2124 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf	PS 2124 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> COMUNICACION SUPERVISOR PS 2124 2025 6-10-2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 2124 2025 6-10-2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 2124 2025 CRP-19306.pdf	3 PS 2124 2025 CRP-19306.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 2124 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 2124 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 2124 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 2124 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 2124 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 2124 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 2124 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 2124 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS2124 2025-JULIO.pdf	PS2124 2025-JULIO.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 2124 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 2124 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Borrar Cargar nuevo

< Evaluación de la Entidad Estatal >

### Datos guardados