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:	**LINA MARCELA BAUTISTA**			**CC:**	**52460063**
CORREO ELECTRÓNICO:	**LINAMARCELABAUTISTAFERNANDEZ@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3192250780**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 9 BIS A 49F - 46 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488411446955**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2766 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.537.640**
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**				

LINA MARCELA BAUTISTA
PS_2766_2025_F17036

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LINA MARCELA BAUTISTA
CC: 52460063
CEL: 3192250780

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			
LINA MARCELA BAUTISTA			
	CON C.C N°	**52.460.063**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2766 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.794.400	**No. HORAS EJECUTADAS**	**228**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 41.526.030	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.537.640
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATALY DUQUE SALAZAR		

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. PRESTAR EL SERVICIO DE CONFORMIDAD CON LA ASIGNACION DE ACTIVIDADES ACORDADAS CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA EL DESARROLLO DE LAS MISMAS .2. REALIZAR ACTIVIDADES PROPIAS DEL CUIDADO DE ENFERMERIA CUMPLIENDO LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES PREVINIENDO ACCIONES INSEGURAS EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD. (RECIBO Y ENTREGA DE TURNO, ACTIVIDADES DE ENFERMERIA Y DEMAS ACTIVIDADES QUE SE DERIVEN DEL PROCESO DE ENFERMERIA. 3. NOTIFICAR INMEDIATAMENTE LAS ACCIONES INSEGURAS OCURRIDAS A SUS PACIENTES AL MEDICO DE TURNO, JEFE INMEDIATO Y EN EL SISTEMA DE REPORTE.4. INFORMAR A LA ENFERMERA JEFE DEL SERVICIO Y AL MEDICO TRATANTE, SOBRE LOS CAMBIOS DEL ESTADO CLINICO DE LOS PACIENTES EN FORMA OPORTUNA Y ADECUADA. 5. REVISAR LA HISTORIA CLINICA DE LOS PACIENTES ASIGNADOS CONOCIENDO SU EVOLUCION DIARIA, TRATAMIENTO, PARA REALIZAR EL PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA INTEGRAL DEL PACIENTE. 6. DILIGENCIAR LOS REGISTROS DE LAS ATENCIONES, PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES E INTERVENCIONES, QUE PERMITA MANTENER ACTUALIZADOS LOS INFORMES ESTADISTICOS DEFINIDOS POR LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y TODOS AQUELLOS REGISTROS NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS DE COSTOS Y FACTURACION. 7. CUMPLIR LAS NORMAS INSTITUCIONALES DE BIOSEGURIDAD, VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, GESTION AMBIENTAL, SALUD OCUPACIONAL Y DEMAS POLITICAS INSTITUCIONALES. 8. RESPONDER POR LOS INVENTARIOS, REALIZAR CONTROL, CONSERVACION Y USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSUMOS, AL IGUAL QUE EL CUIDADO DE LA INFRAESTRUCTURA DEL SERVICIO Y/O AREA DONDE SE ENCUENTRE DESARROLLANDO LAS ACTIVIDADES. 9. OFRECER TRATO CON CALIDEZ Y CALIDAD AL PACIENTE Y LA FAMILIA, DANDO UNA ATENCION HUMANIZADA CONSERVANDO EL RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA SEGUN POLITICA INSTITUCIONAL DE HUMANIZACION . 10. MANTENER LA RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION CLINICA Y PERSONAL DE LOS PACIENTES, DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 1995 Y AL MANUAL DE MANEJO DE HISTORIA CLINICA ESTABLECIDO POR LA INSTITUCION.11. REALIZAR ASESORIAS PRETEST Y PRUEBAS RAPIDAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS INTRAMURALES Y EXTRAMURALES SEGUN SOLICITUDES REALIZADAS GENERANDO EL RESPECTIVO REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA, PLANILLAS E INFORMES GARANTIZANDO QUE SE REALICEN LOS RESPECTIVOS INFORMES . 12. REALIZAR BUSQUEDA ACTIVA DE POBLACION CLAVE, REALIZANDO TODO EL PROCESO CORRESPONDIENTE PARA EL DIAGNOSTICO (PRUEBAS RAPIDAS) 13. NOTIFICAR CASOS NUEVOS (SIVIGILA) 14. PROMOVER, PARTICIPAR EN JORNADAS DE TAMIZAJE DE POBLACION EN RIESGO, EN LAS DIFERENTES UNIDADES Y SERVICIOS; REALIZANDO REGISTROS ESTADISTICOS DE LAS ASESORIAS PARA LOS INFORMES MENSUALES.15. PORTAR EL CARNET INSTITUCIONAL DE LA SUBRED DURANTE LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES.16. SOLICITAR, ALISTAR, ENTREGAR, CUSTODIAR Y RETORNAR LIMPIEZA Y DESINFECCION DEL INSTRUMENTAL SEGUN EL AREA QUE CORRESPONDA TENIENDO EN CUENTA EL MANUAL DE CENTRAL DE ESTERILIZACION INSTITUCIONAL.17. PRESTAR SUS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, EN LO RELACIONADO CON ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION DE LA ENFERMEDAD. REALIZANDO ACTUALIZACION DE BASES DE DATOS Y INFORMES PARA ENTREGA SEGUN FECHAS ESTIPULADAS POR LA SUB RED PARA SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE COHORTES., ASIGNACION DE CITAS, DEMANDA INDUCIDA, SEGUIMIENTO, VACUNACION, ESTERILIZACION, Y DEMAS PROCEDIMIENTOS, DENTRO DE LOS PARAMETROS DE CALIDAD, DEFINIDOS EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD Y ACOGIENDO LAS GUIAS Y PROTOCOLOS DEFINIDOS POR LA SUBRED. 18. CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL SERVICIO Y CON LAS ASIGNACIONES REALIZADAS POR LA ENFERMERA COORDINADORA, LO CUAL INCLUYE APOYO E INSTRUMENTACION DE PROCEDIMIENTOS MENORES EN CONSULTORIO, TRASLADO Y ENTREGA

1	DE MUESTRAS DE PATOLOGIA. 19. REALIZAR LA RECEPCION, CUSTODIA Y ENTREGA OPORTUNA DE LAS HISTORIAS CLINICAS DE CONTINGENCIA, FORMATOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO AL ARCHIVO DE GESTION DOCUMENTAL, REALIZADO EL REGISTRO EN EL FORMATO CORRESPONDIENTE.20. APOYAR ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ACREDITACION Y HABILITACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 21. ORGANIZAR EL SERVICIO Y REALIZAR ALISTAMIENTO DE AREAS CON LA DOTACION NECESARIA Y MANTENERLOS ORDENADOS PARA FACILITAR LA PRESTACION DE SERVICIO ADECUADO Y OPORTUNO. 22. EJECUTAR PROCEDIMIENTOS Y CUIDADOS A LOS PACIENTES QUE REQUIEREN MANEJO EN EL PROGRAMA DE CLINICA DE HERIDAS 23. VELAR POR EL CUIDADO Y APROVECHAMIENTO DE LOS SUMINISTROS Y EXISTENCIAS DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO.24. RESPONDER POR LOS INVENTARIOS, CONSERVACION Y USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSUMOS Y RECIBIR PRENDAS DE ROPA QUIRURJICA PARA LA ELABORACION DE PAQUETES TENIENDO EN CUENTA LAS TAREAS DE AUTOCLAVES DE ESTERILIZACION EN CUANTO ACOMODACION DE LA CARGAS EN LA CAMARA, COLOCACION DIARIA DE TEST BOWIE & DICK Y EL MONITOREO DEL PROCESO DE VALIDACION DE CADA CARGA Y REGISTRO EN LOS FORMATOS CORRESPONDIENTES. 25. DILIGENCIAR EN FORMA ADECUADA CADA UNO DE LOS FORMATOS ESTABLECIDOS Y REALIZAR EL REGISTRO Y LECTURA A DIARIO DE TERMO HIDROMETRIA DEL SERVICIO.26. DAR CUMPLIMIENTO CON LO ESTABLECIDO EN LAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE LA INSTITUCION EN CUANTO A EL USO DEL UNIFORME Y ELEMENTOS DE PROTECCION DENTRO DE LAS AREAS ASIGNADAS.27. APOYAR EL CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD SEGUN EL REQUERIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE, ASISTIR A JORNADAS DE CAPACITACIONES, REUNIONES Y EVENTOS QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO.28. REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO AL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN LA REVISION MENSUAL DEL CARRO, , SECUENCIA Y VERIFICACION CANDADOS DE SEGURIDAD, REGISTROS OPORTUNOS SEGUN FORMATOS ESTABLECIDOS TENIENDO EN CUENTA EL REGISTRO DE TEMPERATURA Y DESCARGA. DESFIBRILADOR SEGUN PROTOCOLO 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 **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° 1077964261	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/01/08	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/01/08	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/01/08	$ 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	*LINA MARCELA BAUTISTA* *PS_2766_2025_F17036* **LINA MARCELA BAUTISTA** **CC: 52460063**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*MAYERLI MARTINEZ HERRERA* *PS_2766_2025_F17036* **MAYERLI MARTINEZ HERRERA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*NATALY DUQUE SALAZAR* *PS_2766_2025_F17036* **NATALY DUQUE SALAZAR** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-01-08, 02:44:32 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1077964261

Periodo Cotización: diciembre de 2025 **Periodo Servicio:** diciembre de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8823217614

PAGADO 08/01/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LINA MARCELA BAUTISTA FERNANDEZ		
Documento	CC52460063	**Dirección**	CRA 9 BIS A # 49 F 46 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3192250780
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS BOLIVAR

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 52460063	LINA MARCELA BAUTISTA FERNANDEZ	57	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.423.500	$ 178.000	2,436	$ 1.423.500	$ 34.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.423.500	$ 28.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 469.000

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 178.000	$ 34.700	$ 28.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 469.000	$ 0	$ 469.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

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 del comprador

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

C

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 2766 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 2766 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Det
☐	PS 2766 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 2766 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Det
☐	PS 2766 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 2766 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Det
☐	PS 2766 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025 (51).pdf	PS 2766 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025 (51).pdf	Comprador	Descargar	Det
☐	PS 2766 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025 (28).pdf	PS 2766 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025 (28).pdf	Comprador	Descargar	Det
☐	PS 2766 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025 (31).pdf	PS 2766 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025 (31).pdf	Comprador	Descargar	Det
☐	1 PS 2766 2025 CRP-7088.pdf	1 PS 2766 2025 CRP-7088.pdf	Comprador	Descargar	Det
☐	2 PS 2766 2025 CRP-13762.pdf	2 PS 2766 2025 CRP-13762.pdf	Comprador	Descargar	Det
	PS_2766_2025_PLANILLA_JULIO_2025.pdf (Archivado)	PS_2766_2025_PLANILLA_JULIO_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Det
	Certificacion Julio.pdf (Archivado)	Certificacion Julio.pdf	Proveedor	Descargar	Det
	Certificacion Agosto.pdf (Archivado)	Certificacion Agosto.pdf	Proveedor	Descargar	Det
	Certificacion Septiembre.pdf (Archivado)	Certificacion Septiembre.pdf	Proveedor	Descargar	Det
☐	PS 2766 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 2766 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Det
☐	PS 2766 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 2766 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Det
☐	PS 2766 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 2766 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Det
☐	3 PS 2766 2025 CRP-18221.pdf	3 PS 2766 2025 CRP-18221.pdf	Comprador	Descargar	Det
☐	PS 2766 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 2766 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Det
☐	PS 2766 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf.pdf	PS 2766 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Det
☐	PS 2766 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf.pdf	PS 2766 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Det

Eliminar seleccionado | Subir nu