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:	**ANDREA ESTEFANIA RUIZ JIMENEZ**			**CC:**	**1014236679**
CORREO ELECTRÓNICO:	**andrearj-66@hotmail.com**			**TELÉFONO:**	**3012775455**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 4 N° 14 -20**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**68942071519**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2135 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.919.020**
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**				

ANDREA ESTEFANIA RUIZ JIMENEZ
PS_2135_2025_7D80CF

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANDREA ESTEFANIA RUIZ JIMENEZ
CC: 1014236679
CEL: 3012775455

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			
ANDREA ESTEFANIA RUIZ JIMENEZ			
	CON C.C N°	**1.014.236.679**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO 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 2135 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 8.757.060	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 40.866.280	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.919.020
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	APOYAR LA GESTION DE INSUMOS, MATERIALES Y DEMAS ELEMENTOS REQUERIDOS PARA LA OPERACION DE LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD. 1.1 Actividad desarrollada: Solicitar insumos de miscelánea y médico-quirúrgicos de la dirección y los convenios que se encuentren en ejecución. 1.2 Productos (evidencias): Envió de base de solicitud de insumos de miscelánea a la dirección administrativa y posterior cargue de los mismos en aplicativo Dinámica Gerencial para revisión y entrega por el almacén de La Victoria
2	APOYAR LA GESTION Y ADMINISTRACION DE LOS RECURSOS FISICOS A CARGO DE LA DIRECCION. 2.1Actividad desarrollada: Revisión y verificación de los activos fijos a cargo de la dirección. 2.2Productos (evidencias): acta de retoma de inventario y compromisos de traslado de equipos biomédicos al convenio EBEH
3	REALIZAR LA GESTION DOCUMENTAL DE LA DIRECCION. 3.1 Actividad desarrollada: organizar, controlar y garantizar el acceso seguro y eficiente a todos los documentos que se generan o reciben en el área. 3.2 Productos (evidencias): Cuadro de clasificación documental que contiene el inventario documental de los procesos de EEVV, SIVIGILA, convenios y la dirección.
4	TRAMITAR LA RADICACION DE CORREOS, INFORMES, PARA, RESPUESTA DE REQUERIMIENTOS Y DEMAS SOLICITUDES REALIZADAS A LA DIRECCION. 4.1 Actividad desarrollada: Recepción de requerimientos y correos electrónicos, clasificación según tipo de solicitud, asignación al responsable para trámite y respuesta, seguimiento y revisión de respuesta para aprobación y firma. 4.2 Productos (evidencias): Registro de respuestas a requerimientos de entrada a cargo de la dirección, indicadores de gestión en donde se verifica el tiempo de respuesta, pertinencia de la respuesta y volumen de solicitudes, enviado por la oficina de participación.
5	APOYAR EL PROCESO DE LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS DE LOS SERVICIOS Y/O PROCESOS DE LA DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO, DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE. 5.1 Actividad desarrollada: Coordinación de agendas y salas de reuniones, elaboración y revisión de documentos administrativos, trámite de solicitudes internas y externas vinculadas a los procesos de la dirección, búsqueda de firmas, radicación de documentos. Gestión de novedades, consolidación de información para el envio de formato de cumplimiento de funciones, consolidación de reporte de vacaciones y compensación de fin de año del personal de planta. 5.2 Productos (evidencias): Agenda de reuniones de la dirección y de salas de reunión, actas de reunión, registro de solicitudes tramitadas, comprobantes de radicación en aplicativo Agilsalud, formatos radicados en talento humano y correos a nómina
6	ATENDER LAS NECESIDADES ADMINISTRATIVAS QUE SE PRESENTEN POR CUALQUIER EVENTUALIDAD. 6.1 Actividad desarrollada: Gestión inmediata de requerimientos urgentes como documentación, logística, comunicaciones. Coordinación de recursos para atender imprevistos salas, equipos o personal, elaboración y envío de comunicaciones internas y externas. Apoyo en la solución de contingencias administrativas y trámite rápido de documentos, solicitudes extraordinarias de programación de vehículos.
7	COORDINAR LA AGENDA Y NOTIFICAR AL SUPERVISOR LAS ACTIVIDADES DIARIAS A LA QUE ES CITADO 7.1 Actividad desarrollada: Elaboración y actualización diaria de la agenda del supervisor, coordinación de horarios y confirmación de reuniones. Notificación oportuna al supervisor sobre las actividades programadas. Gestión de cambios o ajustes en la agenda según eventualidades 7.2 Productos (evidencias): Agenda diaria actualizada de manera digital). Notificación a superviso y Confirmaciones de asistencia a reuniones
	VERIFICAR LOS REQUERIMIENTOS QUE SEAN ENVIADOS A LA DIRECCION MEDIANTE EL APLICATIVO AGILSALUD 8.1 Actividad desarrollada: Ingreso periódico al aplicativo AgilSalud para revisar requerimientos, validación de solicitudes asignadas a la Dirección, clasificación de requerimientos según prioridad y tipo, comunicación interna para asignar responsables, seguimiento del estado de cada

8	requerimiento (pendiente, en trámite, resuelto) y registro de acciones tomadas en el sistema. 8.2 Productos (evidencias): Bitácora de seguimiento en Excel y sistema interno, comunicaciones internas asignando responsables y tiempo de respuesta
9	LAS DEMAS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO. 9.1 Actividad desarrollada: Ejecución de tareas adicionales solicitadas por el supervisor o personal del área según necesidades del servicio, apoyo en procesos administrativos no contemplados, elaboración de documentos complementarios, coordinación y apoyo en actividades extraordinarias y actualización de registros y bases de datos según requerimiento.
10	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. 10.1 Actividad desarrollada: Recolección de documentos generados en las actividades del mes, organización y clasificación según cuadro de clasificación documental, registro en el sistema interno de archivo. 10.2 Productos (evidencias): Carpeta organizada con soportes físicos, inventario documental de la dirección actualizado, Copias archivadas.
11	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. 11.1 Actividad desarrollada: Revisión y consolidación de todos los soportes generados durante la ejecución del contrato. Clasificación de documentos según la Tabla de Retención Documental en aplicativo Agilsalud, verificación de que no queden archivos pendientes para almacenamiento, preparación de carpeta para entrega. 11.2 Productos (evidencias): Listado de soportes radicados, comprobantes de radicación en el sistema

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° 1329115	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/01/05	$ 178.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/01/05	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	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

ANDREA ESTEFANIA RUIZ JIMENEZ

PS_2135_2025_7D80CF

ANDREA ESTEFANIA RUIZ JIMENEZ

CC: 1014236679

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 *ANA MARGARET RABA SIERRA* *PS_2135_2025_7D80CF* **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	1014236679	ANDREA ESTEFANIA RUIZ JIMENEZ	CARRERA 4 14 20 BQ 15 CASA 4	8037148	ANDRERJ-66@HOTMAIL.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	1329115	$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
231001	Colfondos	800227940-6	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										
14-7	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
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**
CC	1014236679	ANDREA ESTEFANIA RUIZ JIMENEZ		CARRERA 4 14 20 BQ 15 CASA 4	8037148	ANDRERJ-66@HOTMAIL.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**	
					EMPLEADOS	**UPC**
					1	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2025-12	2025-12	I	05/01/2026	1329115	$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	1014236679	RUIZ JIMENEZ ANDREA ESTEFANIA	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	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

¡Hola, Andrea Estefanía Ruiz Jiménez!

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: 2056875156

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.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

Para mayor información comunícate con nosotros:

En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5

Contáctanos: https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda

Un servicio de ach COLOMBIA

ACH Colombia Oficial

@ACHColombia_

ACHColombiaOficial

ACH Colombia Oficial

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
ACH COLOMBIA S.A.

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 2135 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf (Archivado)	PS 2135 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2135 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025..pdf	PS 2135 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025..pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2135 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 2135 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2135 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 2135 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2135 2025 CUENTAS DE COBRO MES ABR 2025.pdf	PS 2135 2025 CUENTAS DE COBRO MES ABR 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2135 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf	PS 2135 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1 PS 2135 2025 CRP-6686.pdf	1 PS 2135 2025 CRP-6686.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 2135 2025 CRP-12229.pdf	2 PS 2135 2025 CRP-12229.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2135 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf	PS 2135 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2135 2025 CUENTA DE COBRO MES JULIO 2025.pdf	PS 2135 2025 CUENTA DE COBRO MES JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3 PS 2135 2025 CRP-19453.pdf	3 PS 2135 2025 CRP-19453.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2135 2025 CUENTA DE COBRO MES AGOSTO 2025.pdf	PS 2135 2025 CUENTA DE COBRO MES AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2135 2025 CUENTA DE COBRO MES SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 2135 2025 CUENTA DE COBRO MES SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 2135 2025 6-10-2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 2135 2025 6-10-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2135 2025 CUENTA DE COBRO MES OCTUBRE 2025.pdf	PS 2135 2025 CUENTA DE COBRO MES OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2135 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 2135 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2135 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 2135 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >