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:	**ISLENA IDARRAGA TORRES**			**CC:**	**39658029**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ISLENAIDARRAGA2015@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3212475900**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 38A # 54-27**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**102631405**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1865 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 5.326.560**
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**				

ISLENA IDARRAGA TORRES
PS_1865_2025_2FF4C3

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ISLENA IDARRAGA TORRES
CC: 39658029
CEL: 3212475900

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			
ISLENA IDARRAGA TORRES			
	CON C.C N°	**39.658.029**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO ENFERMERO (A) PROFESIONAL 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 1865 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 17.360.640	**No. HORAS EJECUTADAS**	**270**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 60.387.408	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 5.326.560
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA		

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 EL PLAN DE SUPERVISION (RONDA POR LOS SERVICIOS, DETERMINANDO NECESIDADES DE CAMAS, EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS PENDIENTES POR REALIZAR EN CARDIOLOGIA Y NEFROLOGIA INTERACTUANDO DIARIAMENTE CON EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA UMHES SANTA CLARA Y MEDICOS DE GESTION HOSPITALARIA ,REALIZANDO VERIFICACION CON EL AREA DE FARMACIA DEL TERCERIZADO DE INSUMOS REQUERIDO, VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES Y AGENDAS DEL RECURSO HUMANO Y FISICO;SEGUIMIENTO DE INDICADORES,INFORMES DE GESTION DE CARDIOLOGIA Y NEFROLOGIA) 2. INFORMAR A LA SUPERVISORA DEL CONTRATO LAS NECESIDAES ENCONTRADAS EN LAS DIFERENTES AREAS Y REALIZAR EL SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LAS MISMAS. 3. APOYO A LA SUPERVISION DEL CONTRATODE NEFROLOGIA Y CARDIOLOGIA EN REUNIONES DE SEGUIMIENTO AL CONTRATO Y CUMPLIMIENTO DEL MISMO. 4. VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES DE LOS TERCERIZADOS DE CARDIOLOGIA Y NEFROLOGIA. 5. CONFIRMAR Y REPORTAR NOVEDADES MES A MES DE LAS ACTIVIDAES DE LAS AGENDAS ENTREGADAS POR EL TERCERIZADO DE NEFROLOGIA Y CARDIOLOGIA, TANTO ADULTOS COMO PEDIATRICA.(PROCESO EL CUAL REALIZO A TRAVES DE DINAMICA). 6.REALIZAR LA VERIFICACION DE LA APERTURA DE AGENDAS REPORTADA POR EL TERCERIZADO DE CARDIOLOGIA PARA NOTIFICAR AL CALL CENTER Y ATENCION AL USUARIO.(PROCESO REALIZADO A TRAVES DE DINAMICA) 7.SEGUIMIENTO DE CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLOS GUIAS E INSTRUCTIVOS POR PARTE DEL PERSONAL DEL TERCERIZADO EN LOS DIREFENTES SERVICIOS DE CARDIOLOGIA Y NEFROLOGIA Y CUMPLIMIENTO DE GUIAS Y PROTOCOLOS TRANSVERSALES DE LA SUBRED. 8. APOYAR EL PROCESO Y VERIFICACION DE VISITAS DE HABILITACION EXTERNAS E INTERNAS REALIZADAS ALTERCERIZADO DE CARDIOLOGIA Y HEMODINAMIA. 9. APOYAR EL PROCESO DE ACREDITACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE. 10. AGENDAR CITAS REPORTADAS POR PARTE DEL TERCERIZADO DE CARDIOLOGIA ADULTOS Y PEDIATRICOS BRINDANDO UN APOYO EN LAS RESPUESTAS YAGENDAMIENTO DE LAS MISMAS EN LAS TUTELAS Y DERECHOS DE PETICION DE LA SUBRED INTEGRADA DE DEL CERTIFICADO CER-011994-2020 SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE. 11. AGENDAR CITAS DE ELECTROFISIOLOGIA REPORTADAS POR ELTERCERIZADO (REPROGRAMACION DE MARCAPASO)PARA LA SUBRED CENTRO ORIENTE. 12. PROGRAMAR Y AGENDAR CITAS DE PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA Y HEMODINAMIA DE LOS PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN HOSPITALIZADOS EN LAS DIFERENTES UNIDADES DE SALUD DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE YCOORDINAR EL TRASLADO EN AMBULANCIA PARA QUE EL TERCERIZADO LOS REALICE. 13. VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DEL PERSONAL QUE SE REQUIERE EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA Y NEFROLOGIA AYUDANDO A LA VERIFICACION Y CUMPLIMIENTO DE LAS AGENDAS DEL TERCERIZADO. 14. REVISAR MES A MES CUADRODE ACTIVIDADES A DESARROLLAR POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LOS TERCERIZADOS DE ACUERDO CON EL PLAN DE CUIDADOS DE CADA PACIENTE. 15 VERIFICAR LA ATENCION CON UN TRATO HUMANIZADO QUE PROPORCIONA ENFERMERIA AL PACIENTE EN LOS SERVICIOS DE CARDIOLOGIA Y NEFROLOGIA. 16.VERIFICACION DE RONDAS DE SEGURIDAD Y LOS REPORTES DE LOS DIFERENTES SUCESOS DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS TERCERIZADOS DE CARDIOLOGIA Y NEFROLOGIA. 17. APOYO EN LA VERIFICACION DE LAVADO DE MANOS EN EL PERSONAL DE CARDIOLOGIA Y NEFROLOGIA. 18. CONTROL Y SEGUIMIENTO DE CRONOGRAMAS DE EQUIPOS LOS CUALES SON ENTREGADOS POR PARTE DEL TERCERIZADO DE CARDIOLOGIA Y NEFROLOGIA. 19. VERIFICACION DE ATENCIONES EN PACIENTES DE NEFROLOGIA DE UMHES SANTA CLARA Y VICTORIA COMOENLACE CON EL GRUPO DE ENFERMERIA DEL TERCERIZADO Y DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE. 20. VERIFICAR LAS FARMACIAS DE LOS TERCERIZADOS Y REALIZAR AUDITORIAS INTERNAS PARA IDENTIFICAR LAS NECESIDADES DE MEDICAMENTOS,

1	ELEMENTOS MEDICO QUIRURGICOS Y DEMAS INSUMOS REQUERIDOS PARA LA ATENCION DEL PACIENTE CON EL FIN DE SOLICITAR LOS PEDIDOS CON OPORTUNIDAD Y SUFICIENCIA Y VELAR POR EL USO RACIONAL DE LOS MISMOS A COBRAR POR LOS TERCERIZADOS. 21. VIGILAR LA CONSERVACION Y USO ADECUADO DE LA CAPACIDAD INSTALADA LA CUAL ES OCUPADA POR LOSTERCERIZADOS Y CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES DE HABILITACION APOYANDO AL AREA DE CALIDAD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICION DE SALUD CENTRO ORIENTE, EN LAS VISITAS INTERNAS Y EXTERNAS. 22. VERIFICAR EL CORRECTO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA EN DINAMICA GERENCIAL POR PARTE DEL TERCERIZADO. 23. CONTROL Y SEGUIMIENTO A RESPUESTA DE INTERCONSULTAS DE NEFROLOGIA Y CARDIOLGIA (PROCESO QUE SE VERIFICA ATRAVES DE DINAMICA). 24. VERIFICAR EL INVENTARIO DE LOS CARROS DE PARO DEL TERCERIZADO DE CARDIOLOGIA CUMPLAN LOS ESTANDARES DE HABILITACION APOYANDO LAS AUDITORIAS QUE REALIZA EL AREA DE FARMACIA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE. 25. CONTRIBUIR CON LA ELABORACION, ACTUALIZACION DE LOS PROTOCOLOS Y FORMATOS DEL SERVICIO DE CARDIOLOGIA Y NEFROLOGIA. 26. REVISAR LOS INDICADORES PRESENTADOS POR PARTE DE LOS TERCERIZADOS. (SON ENTREGADOS A LA SUPERVISORA DEL CONTRATO). 27. SOLUCIONAR LOS INCONVENIENTES QUE SEAN COMUNICADOS O SE DETECTEN EN LOS SERVICIOS Y POR PARTE DE ATENCION AL USUARIO. 28. VELAR POR ELSEGUIMIENTO DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL, GESTION AMBIENTAL Y CALIDAD CON EL FIN DE DISMINUIR LOS RIESGOS TANTO PARA LOS FUNCIONARIOS COMO PARA LA COMUNIDAD Y EL MEDIO AMBIENTE. 29. REALIZAR INFORME DE GESTION A LA SUPERVISORA DE CONTRATO DE CARDIOLOGIA Y NEFROLOGIA. 30. HACER ACOMPAÑAMIENTO AL GRUPO AUDITOR INTERNO A LOS SERVICIOS ASIGNADOS. 31. APOYAR Y BRINDAR INFORMACION A LOS ENTES DE CONTROL EN LAS AUDITORIAS QUE ESTOS REALIZAN

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° 92614346	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/01/05	$ 217.100
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/01/05	$ 277.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/01/05	$ 42.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 537.200

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	*ISLENA IDARRAGA TORRES* *PS_1865_2025_2FF4C3* **ISLENA IDARRAGA TORRES** **CC: 39658029**

FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1865_2025_2FF4C3* **DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA* *PS_1865_2025_2FF4C3* **MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA** **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	39658029	ISLENA IDARRAGA TORRES	carrera 38A No. 54-27 sur	3212475900	islenaidarraga2023@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	92614346	$537.200	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	217.100	0		0		0	0	0	0	217.100	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	277.800	0	0	0	0	0	0		277.800	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	42.300				42.300	0	0	42.300			423	42.300	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	217.100	217.100
Pensión	1	277.800	277.800
Riesgos Laborales	1	42.300	42.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	537.200	537.200

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	39658029	ISLENA IDARRAGA TORRES		carrera 38A No. 54-27 sur	3212475900	islenaidarraga2023@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	92614346	$537.200	

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	Exonerado	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	39658029	IDARRAGA TORRES ISLENA	59	0			N																	25-14	1.736.064	277.800	0	0	0	0	EPS017	1.736.064	217.100	14-7	1.736.064	3	42.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Valor pendiente de ejecución:	56.678.544,00 COP	100%	-
Valor pendiente de entrega:	56.678.544,00 COP	100%	-

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1 PS 1865 2025 CRP-4614.pdf	1 PS 1865 2025 CRP-4614.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1. PS 1865 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	1. PS 1865 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	10. PS 1865 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	10. PS 1865 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	11. PS 1865 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	11. PS 1865 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1865 2025 CRP-15281.pdf	2 PS 1865 2025 CRP-15281.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. PS 1865 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1865 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3 PS 1865 2025 CRP-19130.pdf	3 PS 1865 2025 CRP-19130.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3.PS 1865 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	3.PS 1865 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	4 PS 1865 2025 CRP-23004.pdf	4 PS 1865 2025 CRP-23004.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	4. PS 1865 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	4. PS 1865 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	5. PS 1865 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 1865 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	6. PS 1865 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 1865 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	7. PS 1865 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7. PS 1865 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	8. PS 1865 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	8. PS 1865 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	9. PS 1865 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	9. PS 1865 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	12. PS 1865 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	12. PS 1865 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Documento del contrato cargado

Borrar | Cargar nuevo