

|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                |                                                  |         |               |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------|---------|---------------|-------------|
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                             |                                |                                                  |         |               |             |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)                                                                                                                                                                                                                                           |                                |                                                  |         |               |             |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                              | JUAN SEBASTIAN ALMANZAR CORTES |                                                  |         | CC:           | 1020791964  |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                               | SEBASTIAN_ALMANZAR@HOTMAIL.COM |                                                  |         | TELÉFONO:     | 3016346821  |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                              | KR 9 127B 90                   |                                                  |         | CIUDAD:       | BOGOTA      |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                                                                                                                                                                                                                                          | BANCOLOMBIA                    | TIPO DE CUENTA:                                  | AHORROS | N° CUENTA:    | 57194032147 |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                             |                                |                                                  |         |               |             |
| N° DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                  | PS 5839 2025                   | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO |         | \$ 13.319.070 |             |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                          | 2025/07/01                     | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   |         | 2026/01/31    |             |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                                          | DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31   |                                                  |         |               |             |
| <div><div>JUAN SEBASTIAN ALMANZAR CORTES<br/>PS_5839_2025_6C0CB9</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:<br/>JUAN SEBASTIAN ALMANZAR CORTES<br/>CC: 1020791964<br/>CEL: 3016346821</div> |                                |                                                  |         |               |             |

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y  
JUAN SEBASTIAN ALMANZAR CORTES

CON C.C N° 1.020.791.964

|                      |                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO INTERNISTA 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 5839 2025    | FECHA INICIO CONTRATO                     | 2025/07/01    |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                            | \$ 35.903.580   | No. HORAS EJECUTADAS                      | 138           |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:          | \$ 101.244.235  | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 13.319.070 |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS               | SIETE (7) MESES |                                           |               |

|                                               |                                |
|-----------------------------------------------|--------------------------------|
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | HOSPITAL SANTA CLARA           |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR:                        | JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS |

| ITEM | II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)                                                                   |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1    | Participar en la programación de actividades del área                                                                                                                                                                                                                                 |
| 2    | Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente                                                                                                                                                                                              |
| 3    | Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente                                                                                                                                                                            |
| 4    | Realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera.                                                                                                                                                               |
| 5    | Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad                                                                                                                                               |
| 6    | Diligenciar el consentimiento informado acorde con la atención brindada                                                                                                                                                                                                               |
| 7    | Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación                                                                                                                                                                                                |
| 8    | Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención de su especialidad en Hospitalización.                                                                                          |
| 9    | Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica                                                                                                                                                                                            |
| 10   | Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación |
| 11   | Notificar los sucesos de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio                                                                                                  |
| 12   | 138 HORAS MES ENERO 2026                                                                                                                                                                                                                                                              |

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° 28032816 | OPERADOR:     | MI PLANILLA  |
| CONCEPTO DEL PAGO                             | ENTIDAD     | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD:                                        | COMPENSAR   | 2026/01/20    | \$ 579.500   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                           |            |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------|
| PENSIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | COLPENSIONES                                                                                                                                                                                                                              | 2026/01/20 | \$ 741.800   |
| RIESGOS LABORALES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | AXA COLPATRIA                                                                                                                                                                                                                             | 2026/01/20 | \$ 113.000   |
| OTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                           |            |              |
| TOTAL PAGADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                           |            | \$ 1.434.300 |
| V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                           |            |              |
| 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.<br>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)<br>3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .<br>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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <div><div>JUAN SEBASTIAN ALMANZAR CORTES<br/>PS_5839_2025_6C0CB9</div><hr/><div>JUAN SEBASTIAN ALMANZAR CORTES<br/>CC: 1020791964</div></div>            |            |              |
| FIRMA DE QUIEN VALIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <div><div>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS<br/>PS_5839_2025_6C0CB9</div><hr/><div>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS<br/>SUPERVISOR ALTERNO</div></div>          |            |              |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <div><div>JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS<br/>PS_5839_2025_6C0CB9</div><hr/><div>JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS<br/>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div> |            |              |

| DATOS DEL APORTANTE   |                    |                                   |        |                       |                    | EXONERADO PAGO<br>PARAFISCALES Y<br>SALUD |
|-----------------------|--------------------|-----------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|-------------------------------------------|
| TIPO                  | NÚMERO             | NOMBRE APORTANTE                  |        | DIRECCIÓN             | TELÉFONO           |                                           |
| CC                    | 1020791964         | JUAN SEBASTIAN ALMANZAR<br>CORTES |        | Carrera 9 # 127b - 90 | 6135311            |                                           |
| FORMA<br>PRESENTACIÓN | CLASE<br>APORTANTE | NOMBRE<br>SUCURSAL                | CÓDIGO | DEPARTAMENTO          | CIUDAD / MUNICIPIO |                                           |
| ÚNICA                 | I – Independiente  |                                   |        | BOGOTÁ D. C.          | BOGOTÁ, D.C.       |                                           |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                      |                  |                             |                    |                              |
|----------------------|--------------------------------------|------------------|-----------------------------|--------------------|------------------------------|
| PLANILLA<br>ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA<br>(DÍA/MES/AÑO) | TIPO<br>PLANILLA | FECHA PAGO<br>(DÍA/MES/AÑO) | NÚMERO<br>PLANILLA | CANTIDAD                     |
|                      |                                      |                  |                             |                    | EMPLEADOS    UPC             |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                    |                  |                             |                    | 1                  0         |
| 2025-12              | 2025-12                              | I                | 20/01/2026                  | 28032816           | TOTAL A PAGAR<br>\$1.462.200 |

## 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 |           |                       |                |               |               |
| EPS008        | Compensar EPS | 860066942-7 | 579.100                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 1         | 400                   | 0              | 579.500       | 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 | 741.300                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 1         | 500                   | 0              | 741.800       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |                     |             |                        |                  |       |                           |                          |              |                          |                        |                               |                        |                      |               |               |
|---------------------------|---------------------|-------------|------------------------|------------------|-------|---------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|------------------------|-------------------------------|------------------------|----------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre              | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros<br>Sistemas | Valor Neto<br>Cotización | Días<br>Mora | Valor Mora<br>Cotización | Subtotal<br>Cotización | No. Radicado<br>Saldo a Favor | Valor Saldo a<br>Favor | Fondo<br>Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |                     |             |                        | No. Autorización | Valor |                           |                          |              |                          |                        |                               |                        |                      |               |               |
| 14-4                      | Vida Colpatria S.A. | 860002183-9 | 112.900                |                  |       |                           | 112.900                  | 1            | 100                      | 113.000                |                               |                        | 1.129                | 113.000       | 1             |

| TOTALES CAJAS |                |             |              |           |                   |               |               |
|---------------|----------------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre         | NIT         | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF24         | Compensar Caja | 860066942-7 | 27.800       | 1         | 100               | 27.900        | 1             |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 1         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 1         | 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                              | 579.100                             | 579.500       |
| Pensión                | 1                              | 741.300                             | 741.800       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 112.900                             | 113.000       |
| CCF                    | 1                              | 27.800                              | 27.900        |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 4                              | 1.461.100                           | 1.462.200     |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                |        |                       |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|--------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE               |        | DIRECCIÓN             | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1020791964        | JUAN SEBASTIAN ALMANZAR CORTES |        | Carrera 9 # 127b - 90 | 6135311            | sebastian_almanzar@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   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC         |
| 2025-12              | 2025-12                           | I             | 20/01/2026               | 28032816        | \$1.462.200 |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                                |           |         |           |                  |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |     |          |          |           |                   |                      |                      |                                |                                 |          |              |                        |          |           |                 |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|--------------------------------|-----------|---------|-----------|------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----------|----------|-----------|-------------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|--------------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|-----------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                                |           |         |           |                  |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     |     | SALUD    |          |           | RIESGOS LABORALES |                      |                      | CCF                            |                                 |          | PARAFISCALES |                        |          |           |                 |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres            | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Columna exterior | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN    | IOE | MAA | VAC | AVP | VCT | IRL | CONEXIÓN | 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   | 1020791964            | ALMANZAR CORTES JUAN SEBASTIAN | 59        | 0       |           | N                |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |     |          | 25-14    | 4.632.720 | 741.300           | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS008   | 4.632.720    | 579.100                | 14-4     | 4.632.720 | 3               | 112.900    | CCF24      | 4.632.720 | 27.800     | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

PAGADA

Valor pendiente de entrega: 93.812.580,00 pesos 100 % -

Documentos de ejecución del contrato

| Descripción              |                                                        | Nombre del archivo                                     | Cargado por                           |                                             |                         |
|--------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 PS 5839 2025 CRP-20950.pdf                           | 1 PS 5839 2025 CRP-20950.pdf                           | Comprador                             | <a href="#">Descargar</a>                   | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | SUPERVISOR DE COMUNICACION PS 5839 2025 16-07-2025.pdf | SUPERVISOR DE COMUNICACION PS 5839 2025 16-07-2025.pdf | Comprador                             | <a href="#">Descargar</a>                   | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | PS 5839 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf           | PS 5839 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf           | Comprador                             | <a href="#">Descargar</a>                   | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | PS 5839 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf            | PS 5839 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf            | Comprador                             | <a href="#">Descargar</a>                   | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | PS 5839 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf        | PS 5839 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf        | Comprador                             | <a href="#">Descargar</a>                   | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | PS 5839 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf          | PS 5839 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf          | Comprador                             | <a href="#">Descargar</a>                   | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | PS 5839 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf       | PS 5839 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf       | Comprador                             | <a href="#">Descargar</a>                   | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | PS 5839 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf        | PS 5839 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf        | Comprador                             | <a href="#">Descargar</a>                   | <a href="#">Detalle</a> |
|                          |                                                        |                                                        | <input type="button" value="Borrar"/> | <input type="button" value="Cargar nuevo"/> |                         |