
 <p style="text-align: center;">CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</p>	Versión	3	
	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		OLGA GIL PIRATOVA					
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C	X	C.E	No.		52179957
CORREO ELECTRONICO:		olguisgp@hotmail.com			CELULAR:	4135902-3112124246	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA USS OCCIDENTE DE KENNEDY			SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	KE10106	80	KE10109-2	10	KE10120	10	
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		451470001574				PENSIONADO	NO

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO		2866		VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	248	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	2923	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000

OBJETO DEL CONTRATO:	TERAPEUTA RESPIRATORIA						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE		FECHA INICIAL		HASTA		FECHA FINAL
			2026-01-01				2026-01-31
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$3,836,436			
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial		RESERVA DE GLOSA 0%		N/A		

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercute en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO							
CONCEPTO						VALORES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:						\$45,665,964	
VALOR EJECUTADO						\$45,665,964	
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$3,836,436	
VALOR A LIBERAR						\$0	
SALDO POR EJECUTAR						\$0	
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						100%	

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9497147400	\$1,534,574	\$191,822	\$245,532	3	\$37,382	\$474,736

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

CLAUDIA ADRIANA PENAGOS NOVOA
52055407
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1) Realizar los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente.	Realizo los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente	Respuesta de interconsultas y atenciones derivadas de la solicitud de procedimientos ordenados por el medico y servicio tratante
2) Ejecución del plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio	Ejecuto el plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio	Despues de valoración inicial se indica el plan de manejo individual hospitalario del paciente de acuerdo a su patologia
3) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes	Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes	Se realiza de forma cronologica y evolutiva la historia clínica del paciente de acuerdo a los formatos establecidos en el sistema Dinamica Gerencial
4) Participación en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado	Participo en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado	Se deja registro en libro de turno de las acciones tomadas en la revista medica y los ajustes entregados al plan de intervención terapéutica
5) Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso	Informo al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso	Se registra en la historia clinica la información al paciente y/o cuidador relacionado con la patologia del paciente y se realiza retroalimentación para verificar su comprensión
6) Llevar registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	Llevo el registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	Registro en libros de entrega y recibo de pacientes actualizando los mismos en cada una de las actividades desarrolladas o pendiente durante el tiempo de estancia en la institución
7) Participar en la programación de las actividades de la Subred.	Participo en la programación de las actividades de la Subred	Asegurate mes de enero tu voz cuenta
8) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Se deja registro de las tomas de muestras respiratorias que se encuentran dentro de los eventos de vigilancia epidemiológica dejando registro en historia clínica de las mismas
9) Notificar las fallas 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.	Notifico las fallas 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	Eventos de seguridad presentados en el servicio, como la asistencia al análisis de caso a los cuales sea citado
10) Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes.	Entrego instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes	Realizo apoyo con el personal interdisciplinario para mejorar las condiciones de la atención del paciente
11) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	Diligenciamiento completo de Libros de recibo y entrega de pacientes (signos vitales, diagnosticos, tratamiento, exámenes de apoyo diagnostico, pendientes y cambios de servicio, firmas de quien entrega y recibe el servicio)
12) Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	Realizo las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio	Socializacion a los pacientes los deberes y derechos a los cuales son objeto dentro de la Subred Sur Occidente ESE
13) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Informacion al paciente y/o cuidador sobre las pautas de cuidado de la patologia y diligenciamiento de las mismas en la Historia clínica del paciente
14) Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio	Participo en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio	Actualizacion y/o socialización de guías, protocolos y procedimientos que me sean asignados por la Referencia de Rehabilitación

15) Informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades.	Informo las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades	Registro informe de novedades de equipos biomédicos en aplicativo Almera. Uso de mesa de ayuda para apoyo con tecnologías y otros. Registro de eventos de seguridad por Falta de Insumos, fallas en los procesos de atención
16) Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área.	Registro las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área	Diligenciamiento adecuado de Historia Clínica Registro de atenciones e ingresos Diarios Registro de inventarios, formatos de limpieza y desinfección, Trazabilidad de equipos de Biomédicos, Registro cronológico en formatos de monitoreo del paciente (uci)
17) Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	No aplica	No aplica
18) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	No aplica	No aplica
19) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente.	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente	Atención a visitas de habilitación a los servicios y dar alcance de acuerdo a los procesos establecidos en rehabilitación
20) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato	Entrega de informe de actividades del servicio todos los 5 primeros días del mes, de acuerdo al servicio de atención a la Referencia de Rehabilitación para la consolidación en el sistema de información
21) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	Registro de Uso de Elementos de protección personal entregados para la atención en la planilla que esta asignada para este fin
22) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Participo en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Encuentro de aprendizaje continuo no realizado a la fecha
23) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	Cumplimiento de las actividades contractuales de acuerdo a lo establecido en este contrato al supervisor del mismo
24) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente mes de diciembre
25) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Recibir la asignación de servicios o cambios de sede de acuerdo a las necesidades de los servicios de rehabilitación

CLAUDIA ADRIANA PENAGOS NOVOA
52055407
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR
OCCIDENTE E.S.E NIT:900.959.048-4

DEBE A:

OLGA GIL PIRATOVA

C. C. 52179957 de BOGOTA

La suma de \$3.836.436 (Tres millones ochocientos treinta y seis mil cuatrocientos treinta y seis pesos MCTE) por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de rehabilitación, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional como Terapeuta Respiratorio en el Hospital Occidente de Kennedy en el área de Cuidado Intensivo Adulto, De acuerdo con el requerimiento institucional durante el periodo de 1 al 31 de enero de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2866-2025.



OLGA GIL PIRATOVA

C.C.52179957 de BOGOTA

Cel: 3112124246

CUENTA DE AHORROS NUMERO 451470001574

BANCO DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante
CC 52179957	GIL PIRATOVA OLGA		INDEPENDIENTE
Teléfono		Exonerado SENA e ICBF	
3884281		No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo	Clave	Tipo	Fecha
Salud	Pago	Planilla	Pago
2025-12	Z082242709	9497147400	2026/01/16
Dirección		Ciudad-Departamento	
CR 104 # 16- 28 T. 3 AP 1302		BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	
Banco		Valor	
BANCO DAVIVIENDA		\$474,900	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

No.	Identificación	Nombres	EMPLEADO			PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES			
			Código	Días	IBC	Aporte	IBC	Días	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
	Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,535,000	\$245,600	\$1,535,000	\$191,900	\$0	\$0	\$0	\$0	\$1,535,000	\$37,400	\$0	\$0				
	Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,535,000	\$245,600	\$1,535,000	\$191,900	\$0	\$0	\$0	\$0	\$1,535,000	\$37,400	\$0	\$0				
	Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)					\$1,535,000	\$245,600	\$1,535,000	\$191,900	\$0	\$0	\$0	\$0	\$1,535,000	\$37,400	\$0	\$0				
1	CC 52179957	GIL OLGA	25-14	30		\$1,535,000	\$245,600	\$1,535,000	\$191,900	0	0	0	0	\$1,535,000	\$37,400	0	0	0	0	0	0
Total	Afiliados(1)					\$1,535,000	\$245,600	\$1,535,000	\$191,900					\$1,535,000	\$37,400						

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 52179957		GIL PIRATOVA OLGA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 104 # 16 - 28 T. 3 AP 1302	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	3884281	No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Valor	Dias Mora	Valor		
Salud	Pago	Planilla	Limite	Pago					
2025-12	2082242709	9497147400	2026/01/16	2026/01/15	BANCO DAVIVIENDA	0	\$474,900		

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$245,600	\$0	\$0	\$245,600	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$245,600	\$0	\$0	\$245,600	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$37,400	\$0	\$0	\$37,400	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$37,400	\$0	\$0	\$37,400	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$191,900	\$0	\$0	\$191,900	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$191,900	\$0	\$0	\$191,900	
TOTAL				1	\$474,900	\$0	\$0	\$474,900	

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si Usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	52179957	GIL	PIRATOVA	OLGA		2025-12	Famisanar	COTIZANTE
CC	52179957	GIL	PIRATOVA	OLGA		2015-04	Salud Total	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
Famisanar	12/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	11/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	10/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	09/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	08/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	07/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	06/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	05/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	04/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	03/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ... 147 Registros en 15 Paginas

Pago Normal: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUU, en el marco del Decreto 780 de 2016.
Estado Emergencia: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Dicho anterior estos afiliados no cuentan con un pago o cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ADRES

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud



Sede principal:

Centro Empresarial Elemento

Av. El Dorado # No. 69-76, torre 1, piso 16

Código Postal 111071, Bogotá, D.C.

Línea fija en Bogotá 601 7450924, horario de Atención: De lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

Línea de atención telefónica Bogotá PBX +57 601 432 27 60

Horarios de Atención:

Radicación de correspondencia y atención presencial: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.

Correo electrónico correspondencia1@adres.gov.co y correspondencia2@adres.gov.co

Línea Gratuita Nacional: 01 8000 423 737 Horario de Atención: De Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y Sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

Si necesita radicar una petición, puede realizarla vía correo electrónico a correspondencia1@adres.gov.co y correspondencia2@adres.gov.co o a través del siguiente enlace: <https://www.adres.gov.co/portal-del-ciudadano/pqrsd>

Medellín, 25 de enero de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que OLGA GIL PIRATOVA identificado(a) con C52179957 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C521799572602544680



- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> Cuenta Febrero 2025.pdf	Cuenta Febrero 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA MARZO_merged.pdf	CUENTA MARZO_merged.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA ABRIL.pdf	CUENTA ABRIL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> Cuenta mayo con IAS.pdf	Cuenta mayo con IAS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> Soportes cuenta Junio.pdf	Soportes cuenta Junio.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> Soportes Julio.pdf	Soportes Julio.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> Cuenta Agosto_merged.pdf	Cuenta Agosto_merged.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> Cuenta septiembre.pdf	Cuenta septiembre.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> cuenta octubre_compressed.zip	cuenta octubre_compressed.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> Cuenta noviembre con soportes.pdf	Cuenta noviembre con soportes.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> Cuenta diciembre.pdf	Cuenta diciembre.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >

Datos guardados