

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	2026-03-01	Hasta:	2026-03-10	
Nombre del Contratista:	INGRID CAROLINA GAMARRA GRANADOS		Número de Documento:	63547373	
Correo Electrónico:	carogamgra@hotmail.com		Número Telefónico:	3008908864	
Nombre del Supervisor:	NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO	Cargo:	ENFERMERO	Código - Grado:	243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7080-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	1678
Perfil:	TECNOLOGO				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD - PIC				
Unidad de Servicios:	USS CANDELARIA LA NUEVA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
K33PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	61	0	17900	\$1091900	90.4%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 1091900	UN MILLON NOVENTA Y UN MIL NOVECIENTOS PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO
--

Fecha de Inicio del Contrato	2025-10-03			Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-11-30
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-11-14	2026-01-09	1	\$ 3293600	1889
2	2026-01-02	2026-03-31	2	\$ 9880800	3
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar	
1	OCTUBRE			\$ 3293600	
2	NOVIEMBRE			\$ 3293600	
3	DICIEMBRE			\$ 3186200	

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2026

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO				
4		ENERO		\$ 3401000
5		FEBRERO		\$ 3293600
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		SALDO DEL CONTRATO
\$ 6587200		\$ 19761600		\$ 3293600
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	1. Realizar ingreso, actualización y ajuste en aplicativo de talento humano de la sds.	-Se carga base con los documentos requeridos al drive de la coordinación PIC.	-Correo electrónico - Drive my.sharepoint.com/:f/g/personal/lider_vsp_subredsur_gov_co/IgDLh4j7XnqVS7ybMwptONnGAfrq_cS	
2	2. Realizar el seguimiento a la oportuna respuesta de las solicitudes, derechos de petición, quejas y demás requerimientos que se remitan a la subred por los diferentes medios de radicación.	-En el periodo certificado se da respuesta oportuna a solicitudes de 3 entradas y salidas 1 se reportan oficios en el aplicativo Agilsalud	-Aplicativo Agilsalud - drive base agilsalud my.sharepoint.com/:f/g/personal/lider_vsp_subredsur_gov_co/IgAZOZAKlnMRaKnosVvtI4TATqNaS	
3	3. Suministrar a los equipos operativos los insumos requeridos para el desarrollo de las actividades del componente, en caso que se requiera, insumos de oficina.	-En el periodo certificado se entrega relación de insumos, por otro se entrega al talento humano lo que requiere de insumos solicitados para el mes	-Formato de entrega de insumos - drive https://docs.google.com/spreadsheets/d/1NMHCpGWiUrBEjZ9osqH7ePOrKDAh4tAXCfQCpKL6WT0/	
4	4. Presentar y entregar informes y productos oportunos en los formatos establecidos, indicando cada una de las actividades y sus respectivos soportes que sustenten las actividades.	-El periodo certificado se realiza entrega de los productos asignados como actas de inducción para talento humano nuevo y documento solicitado solo a las mujeres con los respectivos soportes de la actividad	-Correo electrónico - drive my.sharepoint.com/:f/g/personal/lider_vsp_subredsur_gov_co/IgCfjpsM_rIESqV0Ud1Mit3OAasc_157d	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
5	5. Cumplir con la recepción, entrega y actualización del cronograma de actividades de los productos de cada uno de los subsistemas de vigilancia en salud pública.	-Se entrega ejecución del cronograma del mes de marzo, se realiza revisión de manera diaria en el drive compartido, se realiza ajuste para actualización los domingos en el cronograma para sds	-Correo electrónico - drive my.sharepoint.com/:f:/g/personal/lider_vsp_subredsur_gov_co/IgCnvKhtlMu4QqlIT20y8vGFAbgwgH4p
6	6. Mantener Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	-No se ejecuta en el mes	-No se ejecuta en el mes
7	7. Realizar proceso de inducción al talento humano frente a las actividades administrativas del componente.	-En el periodo certificado se realiza inducción administrativa del mes en curso a personas que ingresan al componente VSP, en donde se aplica encuesta de satisfacción, lista de chequeo de inducción y se realiza acta de inducción y cargue en aplicativo almera	-Registro base de talento humano - acta de inducción my.sharepoint.com/:f:/g/personal/lider_vsp_subredsur_gov_co/IgCfjpsM_rIESqV0Ud1Mit3OAasc_157d
8	8. Realizar la programación, seguimiento y actualización de vehículos requeridos en los subsistemas.	-En el periodo certificado se realiza asignación de 14 vehículos en donde se realiza distribución a los 13 subsistemas de VSP y 1 para el marco del desarrollo de la acción de bienestar para la gestión administrativa operativa de seguimiento y monitoreo AT integrales.	-Correo electrónico - drive https://subredsur.govco-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/lider_vsp_subredsur_gov_co/KCQpgid5Awzm8EAT8cnjCxPr1Tc-CKQC5zAz0?e=jhEcB6
9	9. Hacer uso óptimo y racional de todos los insumos que se encuentran relacionados en el anexo 8 en el actual Convenio interadministrativo pactado entre la subred sur y la secretaría distrital de salud	-Se realiza uso adecuado de los insumos dispuestos por la subred	-Insumos en buen estado

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
10	10. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-No aplica	-No aplica

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	\$ 3293600
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	67765065	-		
2026	FEBRERO	2026	03	13				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS PESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				NO	PROTECCIÓN	\$ 1317440	\$ 210790	\$ 280200
Salud					COMPENSAR		\$ 164680	\$ 218900
ARL				3	SURA		\$ 32093	\$ 42700
Caja de Compensación				SI	COMPENSAR	Total	\$ 382347	\$ 541800
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	RED MULTIBANCA COLPATRIA S.A.				Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4522009527
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN						USUARIO		FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES						INGRID CAROLINA GAMARRA GRANADOS		2026-03-13 10:58:57
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES						INGRID CAROLINA GAMARRA GRANADOS		2026-03-13 11:08:55
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES						INGRID CAROLINA GAMARRA GRANADOS		2026-03-13 11:10:26
ACEPTADO SUPERVISIÓN						NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO		2026-03-13 11:10:39
RECHAZADO CONTRATACIÓN						MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2026-03-13 11:12:38
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES						INGRID CAROLINA GAMARRA GRANADOS		2026-03-13 11:14:10
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES						INGRID CAROLINA GAMARRA GRANADOS		2026-03-13 11:14:54
ACEPTADO SUPERVISIÓN						NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO		2026-03-13 11:16:24
RECHAZADO CONTRATACIÓN						MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2026-03-17 14:13:09
ACEPTADO SUPERVISIÓN						MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2026-03-17 14:13:56
ACEPTADO CONTRATACIÓN						MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2026-03-18 14:17:09

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)

NOTA: La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Nancy R.' with a stylized flourish at the end.

NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO
ENFERMERO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	63547373	INGRID CAROLINA GAMARRA GRANADOS		avenida caracas 49-55 apto 802	3008908864	carogamgra@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		62877080	13/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	\$1,750,905	\$576.900	

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	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	35.100	0	0	35.100	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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	1	35.100	35.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	576.900	576.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	63547373	INGRID CAROLINA GAMARRA GRANADOS		avenida caracas 49-55 apto 802	3008908864	carogamgra@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		62877080	13/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	\$1,750,905	\$576.900	

DETALLE POR COTIZANTE																																																			
INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES									PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES													
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres			Cotizante	Saludado	Extranjero	Columna anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	VST	SLN	ICE	LMA	AVP	AVC	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 63547373	GAMARRA GRANADOS INGRID CAROLINA			59	0			N																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700	CCF24	1.750.905	30	35.100	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	63547373	INGRID CAROLINA GAMARRA GRANADOS		avenida caracas 49-55 apto 802	3008908864	carogamgra@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		67765065	13/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$1,750,905	\$576.900	

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	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	35.100	0	0	35.100	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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	1	35.100	35.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	576.900	576.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	63547373	INGRID CAROLINA GAMARRA GRANADOS		avenida caracas 49-55 apto 802	3008908864	carogamgra@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		67765065	13/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$1,750,905	\$576.900	

DETALLE POR COTIZANTE																																																		
INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES									PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES												
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres			Cotizante	Saludado	Extranjero	Columna anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TAP	VSP	VST	SLN	ICE	LMA	AVP	AVC	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 63547373	GAMARRA GRANADOS INGRID CAROLINA			59	0			N																230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700	CCF24	1.750.905	30	35.100	0	0	0	0	0

PAGADA



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

1 Información general

Cancelar



Evaluación de la Entidad Estatal



2 Condiciones

VER CONTRATO

3 Bienes y servicios

Ejecución del Contrato

4 Documentos del Proveedor

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

5 Documentos del contrato

Plan de Pagos

6 Información presupuestal

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

7 **Ejecución del Contrato**

8 Modificaciones del Contrato

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

9 Incumplimientos

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CUENTA DE COBRO OCTUBRE2025CTO7080-2025..pdf	CUENTA DE COBRO OCTUBRE2025CTO7080-2025..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE2025CTO7080-2025. (1).pdf	CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE2025CTO7080-2025. (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO DICIEMBRE2025CTO7080-2025.pdf	CUENTA DE COBRO DICIEMBRE2025CTO7080-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO ENERO2026CTO7080-2025.pdf	CUENTA DE COBRO ENERO2026CTO7080-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 7080 2025.pdf	PS 7080 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	AD 2 PS 7080 2025.pdf	AD 2 PS 7080 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO FEBRERO2026CTO7080-2025.pdf	CUENTA DE COBRO FEBRERO2026CTO7080-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar



Evaluación de la Entidad Estatal

