

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)

|                          |                                |                 |           |            |              |
|--------------------------|--------------------------------|-----------------|-----------|------------|--------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS:     | CLAUDIA LILIANA PINZON PUENTES |                 | CC:       | 1026594104 |              |
| CORREO ELECTRÓNICO:      | c.liliana1898@gmail.com        |                 | TELÉFONO: | 3142795380 |              |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:     | CL 59A SUR 19F 30              |                 | CIUDAD:   | BOGOTA     |              |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | BANCO DAVIVIENDA S.A.          | TIPO DE CUENTA: | AHORROS   | N° CUENTA: | 488421440782 |

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

|                          |                              |  |              |
|--------------------------|------------------------------|--|--------------|
| N° DEL CONTRATO:         | PS 7705 2025                 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 2.895.600 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 2025/10/17                   | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   | 2026/07/31   |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30 |  |              |



CLAUDIA LILIANA PINZON PUENTES

PS\_7705\_2025\_6D1118

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

CLAUDIA LILIANA PINZON PUENTES

CC: 1026594104

CEL: 3142795380

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

**CLAUDIA LILIANA PINZON PUENTES**

**CON C.C N° 1.026.594.104**

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR

|  |                     |                              |                   |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|
| <b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b> | <b>PS 7705 2025</b> | <b>FECHA INICIO CONTRATO</b> | <b>2025/10/17</b> |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|

|                                   |              |                             |            |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------------|------------|
| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b> | \$ 2.097.600 | <b>No. HORAS EJECUTADAS</b> | <b>127</b> |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------------|------------|

|   |               |  |              |
|---|---------------|--|--------------|
| <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b> | \$ 44.049.600 | <b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b> | \$ 2.895.600 |
|---|---------------|--|--------------|

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** DIEZ (10) MESES

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** ANA MARGARET RABA SIERRA

**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  | 1. OBLIGACIÓN: DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES QUE SE GENEREN DIRECTA E INDIRECTAMENTE DEL OBJETO CONTRACTUAL EN LAS UNIDADES DE PRESTACION DE SERVICIOS ASIGNADAS DE ACUERDO CON LA PROGRAMACION DE ACTIVIDADES. 1.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realice la asistencia a la sede San José a reuniones de manera presencial, la entrega de formatos y la ejecución de visitas domiciliarias según la base de datos del programa de RBC. 1.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): Acta de reuniones, formato de asistencia |
| 2  | 2. OBLIGACIÓN: CUMPLIR CON EL OBJETO DEL CONTRATO, COMO REFERENTE DE CIRUGÍA Y HOSPITALIZACION DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA. 2.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Desarrollé intervenciones a nivel domiciliario y comunitario de acuerdo con la programación definida. Llevé a cabo procesos de valoración, orientación, adaptación funcional y seguimiento a personas con discapacidad y a sus núcleos familiares. 2.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): Diligenciamiento del aplicativo GTAPS y formato de firmas   |
| 3  | 3. OBLIGACIÓN: CUMPLIR CON LAS LEYES, DECRETOS, ACUERDOS, RESOLUCIONES, CIRCULAR DE CUALQUIER ORGANO EXTERNO O REGLAMENTO INTERNO, CODIGO O DIRECTRIZ INTERNA DE LA E.S.E. QUE TENGA RELACION CON LA EJECUCION DEL OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO. 3.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Apliqué la normativa vigente relacionada con el contrato. 3.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): Lectura de lineamiento, Firma de contrato en secop.   |
| 4  | 4. OBLIGACIÓN: ACATAR LAS INSTRUCCIONES QUE DURANTE EL DESARROLLO DEL CONTRATO IMPARTA LA SUBRED A TRAVES DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO. 4.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Recibí y apliqué las directrices emitidas por el supervisor del contrato. 4.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): Correos, actas o comunicaciones atendidas según orientaciones.  |
| 5  | 5. OBLIGACIÓN: NO ACCEDER A PETICIONES O AMENAZAS DE QUIENES ACTÚEN POR FUERA DE LA LEY CON EL FIN DE HACER U OMITIR ALGÚN HECHO. 5.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Actué conforme al marco legal ante situaciones de presión externa. 5.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): Acta de apropiación conceptual.   |
| 6  | 6. OBLIGACIÓN: TENER EN CUENTA LAS OBSERVACIONES Y LINEAMIENTOS DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO. 6.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Revisé y apliqué los lineamientos técnicos establecidos en el convenio conforme a la estrategia en la que me encuentro asignada. 6.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): Listado de asistencia, corrección de hallazgos en el aplicativo GTAPS.   |
| 7  | 7. OBLIGACIÓN: GARANTIZAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS OFRECIDOS (IDONEIDAD HUMANA, MORAL Y TECNICA). 7.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Presté los servicios aplicando criterios éticos, técnicos y profesionales. 7.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): Registros de atención durante las visitas a los usuarios.  |
| 8  | 8. OBLIGACIÓN: CUMPLIR CON LAS GUÍAS, PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS IMPLEMENTADOS POR LA SUBRED Y DEMÁS CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍAS DE CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL. 8.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Implementé los protocolos y estándares de calidad definidos para la atención. 8.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): Listado de asistencias, manejo aplicativo GTAPS.  |
| 9  | 9 OBLIGACION: REALIZAR LAS ACTIVIDADES ENCOMENDADAS RELACIONADAS CON LAS POLÍTICAS DE LA SUBRED RESPECTO AL PROCESO DE ACREDITACION, HABILITACION Y CERTIFICACION EN SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD. 9.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Elaboré y entregué los registros físicos correspondientes. Realicé el cargue de la información en la plataforma GTAPS. 9.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): Registros físicos entregados, Capturas o reportes de cargues en la plataforma GTAPS, listado de asistencia.       |
| 10 | 10. OBLIGACION: ENTREGAR AL SUPERVISOR, UNA VEZ FINALICE EL CONTRATO LOS ARCHIVOS FÍSICOS Y MAGNETICOS QUE SE HUBIEREN GENERADO DURANTE SU EJECUCION. 10.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Entregue al supervisor los soportes realizados durante el contrato. 10.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): Planillas, aplicativo GTAPS.   |

|    |  |
|----|--|
| 11 | 11. OBLIGACIÓN: EL CONTRATISTA SERÁ RESPONSABLE ANTE LAS AUTORIDADES COMPETENTES POR LAS ACCIONES U OMISIONES EN EL EJERCICIO DE LAS ACTIVIDADES QUE DESARROLLEN EN VIRTUD DEL PRESENTE CONTRATO, CUANDO CON ELLOS CAUSEN PERJUICIO A LA SUBRED O A TERCEROS. 11.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cumplí con las normas y deberes de la Subred Centro Oriente. 11.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): Diligenciamiento adecuado de soportes  |
| 12 | 12. OBLIGACIÓN: REALIZAR EL PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES, DE CONFORMIDAD CON LA LEY 1955 DE 2019 PLAN DE DESARROLLO 2018 2022, EN SU ARTÍCULO 336 DEROGO ESTOS PRECEPTOS Y EN SU LUGAR ENTRO A REGIR EL ARTÍCULO 244 DE LA MISMA NORMA, RATIFICANDO LO DISPUESTO EN LA LEY 1753 DE 2015, Y DEMÁS NORMAS QUE LO REGLAMENTEN, COMPLEMENTEN O SUSTITUYAN. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACION O LA FALSEDAD EN LA MISMA SERÁ CAUSAL DE INCUMPLIMIENTO Y TERMINACION DEL CONTRATO, PARA LO CUAL SE DARÁ TRAMITE AL PROCESO PERTINENTE DE CONFORMIDAD CON EL MANUAL DE CONTRATACION Y ACCIONES LEGALES A QUE HAYA LUGAR. 12.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Ejecuté el pago de los aportes correspondientes conforme a la normatividad. 12.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): Planillas PILA y Voucher. |
| 13 | 13. OBLIGACIÓN: DESARROLLAR EL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR, ACORDE A CRITERIO DE PRIORIZACION Y A LAS CLARIDADES TECNICAS, OPERATIVAS Y METODOLOGICAS RELACIONADAS EN LAS FICHAS TECNICAS. 13.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Elaboré y desarrollé los planes de cuidado familiar establecidos. 13.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): Listado de asistencia.  |
| 14 | 14. OBLIGACIÓN: REALIZAR LA PLANILLA Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LAS FAMILIAS CON LAS QUE SE INICIAN LOS PLANES DE CUIDADO FAMILIAR O EL FORMATO DE DISENTIMIENTO DE LAS FAMILIAS QUE RECHAZAN LA INTERVENCION. 14.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Llené las planillas y formatos requeridos con las familias que desistieron del proceso de intervención. 14.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): Formatos de disentimiento diligenciados  |
| 15 | 15. OBLIGACIÓN: VERIFICAR EL ARCHIVO PLANO DE RUTEO, DONDE SE EVIDENCIE LA GESTION FINAL DEL CASO. 15.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Revisé los registros de ruteo para validar la gestión realizada y casos asignados. 15.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): Registros de ruteo en formato excel ubicado en drive  |
| 16 | 16 OBLIGACIÓN: REALIZAR LOS TAMIZAJES REQUERIDOS POR EL PERFIL EPOC, COPE 28, SRQ, RQC, WHODAS, ZARIT, BARTHEL) SEGÚN APLIQUE. 16.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Aplique los tamizajes WHODAS, Zarit y Barthel durante las visitas principales realizadas a las personas abordadas en el marco de la intervención inicial. 16.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): Formatos de tamizajes diligenciados en plataforma GTAPS.   |
| 17 | 17. OBLIGACIÓN: REALIZAR LAS CANALIZACIONES DE ACUERDO CON LA NECESIDAD. 17.1 A DESARROLLADAS: Canalicé a los usuarios de acuerdo con las necesidades detectadas. 17.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): Formatos de canalización.   |
| 18 | 18. OBLIGACIÓN: REALIZAR NOTIFICACION DE EVENTOS DE INTERES DE SALUD PÚBLICA DE ACUERDO CON LA NECESIDAD. 18.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Desarrolle las actividades asignadas y acordes al lineamiento del convenio Mas bienestar brindando un servicio de calidad a la comunidad acorde a la estrategia RBC realizando las visitas acordadas en el lineamiento para una oportuna atención a la comunidad . 18.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): Soporte de lectura de lineamiento, listado de asistencia, diligenciamiento en la plataforma GTAPS.   |
| 19 | 19. OBLIGACIÓN: REALIZAR EL CARGUE AL APLICATIVO GTAPS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD LA INFORMACION DE LAS FAMILIAS VISITADAS EN EL CONVENIO EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES MAS BIENESTAR. 19.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realicé el cargue de información en GTAPS, así como verifiqué la calidad del dato antes del registro. 19.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): Historial de cargues en plataforma GTAPS.  |
| 20 | 20. OBLIGACIÓN: CUMPLIR, SEGÚN SU PERFIL Y RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, CON TODAS LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TECNICO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR VIGENTE, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, ASÍ COMO CON LOS LINEAMIENTOS TECNICOS Y OPERATIVOS QUE DE ESTE SE DERIVEN. 20.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Desarrollé las actividades asignadas de acuerdo con los lineamientos del convenio Más Bienestar, brindando un servicio de calidad a la comunidad y cumpliendo con los procesos establecidos para el adecuado desarrollo de la estrategia. 20.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): Soportes de lineamientos, listados de asistencia y registros en GTAPS.   |

### 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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)

### IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

|                    |               |               |                  |
|--------------------|---------------|---------------|------------------|
| No. DE PLANILLA:   | N° 9502646762 | OPERADOR:     | APORTES EN LINEA |
| CONCEPTO DEL PAGO  | ENTIDAD       | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO     |
| SALUD:             | FAMISANAR     | 2026/04/06    | \$ 218.900       |
| PENSIÓN:           | PORVENIR      | 2026/04/06    | \$ 280.200       |
| RIESGOS LABORALES: | SURA          | 2026/04/06    | \$ 42.700        |
| OTRO               |               |               |                  |
| TOTAL PAGADO       |               |               | \$ 541.800       |

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)

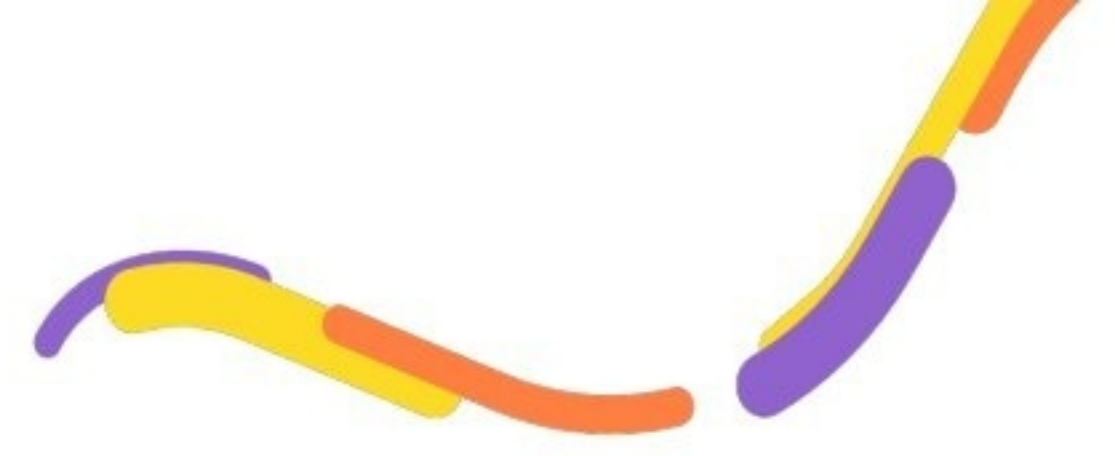
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

|   |  |
|---|--|
| <p><b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b></p>  |  <p><i>CLAUDIA LILIANA PINZON PUENTES</i><br/><i>PS_7705_2025_6D1118</i></p> <hr/> <p><b>CLAUDIA LILIANA PINZON PUENTES</b><br/><b>CC: 1026594104</b></p> |
| <p><b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b></p>   |  <p><i>LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ</i><br/><i>PS_7705_2025_6D1118</i></p> <hr/> <p><b>LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ</b><br/><b>SUPERVISOR ALTERNO</b></p> |
| <p><b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b></p> |  <p><i>ANA MARGARET RABA SIERRA</i><br/><i>PS_7705_2025_6D1118</i></p> <hr/> <p><b>ANA MARGARET RABA SIERRA</b><br/><b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>  |



## Planilla Resumen

| RESUMEN DE PAGO          |        |             |    |           |                  |                |                        |                  |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|------------------|----------------|------------------------|------------------|
| RIESGO                   | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO  | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR    |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$280,200        | \$0            | \$0                    | \$280,200        |
| PORVENIR                 | 230301 | 800,224,808 | 8  | 1         | \$280,200        | \$0            | \$0                    | \$280,200        |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$42,700         | \$0            | \$0                    | \$42,700         |
| ARL SURA                 | 14-11  | 890,903,790 | 5  | 1         | \$42,700         | \$0            | \$0                    | \$42,700         |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$35,100         | \$0            | \$0                    | \$35,100         |
| COMPENSAR                | CCF24  | 860,066,942 | 7  | 1         | \$35,100         | \$0            | \$0                    | \$35,100         |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$218,900        | \$0            | \$0                    | \$218,900        |
| FAMISANAR                | EPS017 | 830,003,564 | 7  | 1         | \$218,900        | \$0            | \$0                    | \$218,900        |
| <b>TOTAL</b>             |        |             |    | <b>1</b>  | <b>\$576,900</b> | <b>\$0</b>     | <b>\$0</b>             | <b>\$576,900</b> |



## Comprobante en línea

Pago PSE

6 Abr 2026 10:10:42



**Pago exitoso**

CUS 190101792

Comercio  
**APORTES EN LINEA**

Referencia 1  
**10.129.7.4**

Fecha  
**6 Abr 2026 10:10:42**

Referencia 2  
**CC**

Número de factura  
**9502646762**

Referencia 3  
**1026594104**

Descripción del pago  
**Pago de la Planilla de aportes con  
clave: 9502646762**

Valor del Pago  
**\$576.900**

Número de comprobante  
**TR1009401792**

Costo de la transacción  
**\$ 0**

Producto origen  
**Ahorros - Bancolombia  
\*\*\*\* 4227**



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

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

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

Cancelar

< Evaluación

**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

Documentos de ejecución del contrato

|                          | Descripción   | Nombre del archivo                              | Cargado por |
|--------------------------|---|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> | PS_7705_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf               | PS_7705_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf   | Proveedor   |
| <input type="checkbox"/> | PS_7705_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf             | PS_7705_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf | Proveedor   |
| <input type="checkbox"/> | PS_7705_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE_2025.pdf (Archivado) | PS_7705_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE_2025.pdf | Proveedor   |
| <input type="checkbox"/> | PS_7705_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE_2025                 | PS_7705_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE_2025.pdf | Proveedor   |
| <input type="checkbox"/> | PS_7705_2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026.pdf                 | PS_7705_2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026.pdf     | Proveedor   |
| <input type="checkbox"/> | PS_7705_2025_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2026.pdf               | PS_7705_2025_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2026.pdf   | Proveedor   |
| <input type="checkbox"/> | PS_7705_2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026.pdf                 | PS_7705_2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026.pdf     | Proveedor   |

Cancelar

< Evaluación