

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

|                          |                              |                 |           |            |             |
|--------------------------|------------------------------|-----------------|-----------|------------|-------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS:     | ERIKA ALEXANDRA RIAÑO FRANCO |                 | CC:       | 1030520152 |             |
| CORREO ELECTRÓNICO:      | eriikariiano02@gmail.com     |                 | TELÉFONO: | 3228784709 |             |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:     | KR 19 A 55 05 SUR            |                 | CIUDAD:   | BOGOTA     |             |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | BANCO CAJA SOCIAL            | TIPO DE CUENTA: | AHORROS   | N° CUENTA: | 24107431950 |

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

|                          |                              |  |              |
|--------------------------|------------------------------|--|--------------|
| N° DEL CONTRATO:         | PS 7434 2025                 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 2.226.400 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 2025/10/08                   | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   | 2026/05/31   |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31 |  |              |



ERIKA ALEXANDRA RIAÑO FRANCO  
PS\_7434\_2025\_IAAE1A

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ERIKA ALEXANDRA RIAÑO FRANCO

CC: 1030520152

CEL: 3228784709

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

**ERIKA ALEXANDRA RIAÑO FRANCO**

**CON C.C N°**

**1.030.520.152**

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b> | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO BACHILLER PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.. |
|-----------------------------|--|

|  |                     |                              |                   |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|
| <b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b> | <b>PS 7434 2025</b> | <b>FECHA INICIO CONTRATO</b> | <b>2025/10/08</b> |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|

|                                   |              |                             |            |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------------|------------|
| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b> | \$ 1.781.120 | <b>No. HORAS EJECUTADAS</b> | <b>184</b> |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------------|------------|

|   |               |  |              |
|---|---------------|--|--------------|
| <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b> | \$ 19.785.920 | <b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b> | \$ 2.226.400 |
|---|---------------|--|--------------|

|  |                       |
|--|-----------------------|
| <b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b> | <b>OCHO (8) MESES</b> |
|--|-----------------------|

|  |  |
|--|--|
| <b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b> | <b>CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO</b> |
|--|--|

|                               |                                      |
|-------------------------------|--------------------------------------|
| <b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b> | <b>ZANDRA PATRICIA CLAVIJO LOPEZ</b> |
|-------------------------------|--------------------------------------|

|             |  |
|-------------|--|
| <b>ITEM</b> | <b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b><br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes) |
|-------------|--|

|   |  |
|---|--|
| 1 | Obligación 1: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del plan de intervenciones colectivas en el distrito capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la subred. 1.1 Actividades desarrolladas: Se realizaron acciones dispuestas para el desarrollo de las actividades correspondientes a los entornos MAS bienestar de la localidad Rafael Uribe Uribe. 1.2 Productos (evidencia): Se realizaron las respectivas actividades en los aplicativos de GESI v.2.1.5 gesiapps.saludcapital.gov.co y SISCOSSR siscosrusuarios.enterritorio.gov.co |
|---|--|

|   |   |
|---|---|
| 2 | Obligación 2: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2.1 Actividades desarrolladas: Se desarrolló y diligenció el cronograma de actividades mensualmente con la información diligenciada en el drive de digitación docs.google.com 2.2 Productos (evidencia): Se realizó el diligenciamiento de las actividades ejecutadas a diario en el cronograma dispuesto por GESI en el cual se diligenció en la pagina web gesiapps.saludcapital.gov.co y SISCOSSR siscosrusuarios.enterritorio.gov.co |
|---|---|

|   |  |
|---|--|
| 3 | Obligación 3: Apoyar la prestación de servicios en el plan de intervenciones colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la subred. 3.1 Actividades desarrolladas: Se presentó la información y soportes solicitados con el fin de corroborar las actividades contractuales 3.2 Productos (evidencia): Se contó con el soporte de las fichas que hizo entrega cada uno de los técnicos de cada entorno y se constató el estado de la ficha con su respectiva firma-comunitario, laboral, Institucional, educativo |
|---|--|

|   |   |
|---|---|
| 4 | Obligación 4: Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 4.1 Actividades desarrolladas: Se desarrollaron acciones y actividades correspondientes a la digitación de formatos de los entornos MAS bienestar de la localidad Rafael Uribe Uribe en los aplicativos como GESI v.2.1.5 gesiapps.saludcapital.gov.co y SISCOSSR siscosrusuarios.enterritorio.gov.co 4.2 Productos (evidencia): Se realizó la digitación de los formatos entregados por técnicos GESI correspondientes a los entornos MAS bienestar de la localidad Rafael Uribe Uribe. |
|---|---|

|   |   |
|---|---|
| 5 | Obligación 5: Registrar y digitar la información de los formatos, fichas de captura, documentos y/o soportes generados de las acciones o intervenciones de los entornos MAS bienestar de la localidad Rafael Uribe Uribe y procesos transversales, garantizando la calidad del registro calidad, oportunidad, integridad, consistencias y veracidad en las aplicaciones y portales dispuestos por la SDS, transversales, garantizando la calidad del registro calidad, oportunidad, integridad, consistencias y veracidad en las aplicaciones y portales dispuestos por la SDS, de acuerdo a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio interadministrativo PSPIC. 5.1 Actividades desarrolladas: Se realizó la respectiva revisión de fichas, formatos, documentos, bases o informes generados por las acciones de los entornos MAS bienestar de la localidad Rafael Uribe Uribe y GESI, y se digitó la información de formatos de los entornos MAS bienestar de la localidad Rafael Uribe Uribe en los aplicativos dispuestos como GESI v.2.1.5 gesiapps.saludcapital.gov.co y SISCOSSR siscosrusuarios.enterritorio.gov.co 5.2 Productos (evidencia): Se verificó la información de las fichas mediante las herramientas propuestas por la SDS tales como: ADDRESS www.adres.gov.co comprobador de derechos appb.saludcapital.gov.co geo codificador sig.saludcapital.gov.co y policía nacional antecedentes.policia.gov.co |
|---|---|

|   |  |
|---|--|
| 6 | Obligación 6: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 6.1 Actividades desarrolladas: Se ejecutó la gestión documental 6.2 Productos (evidencia): Se verificó la información de las fichas mediante las herramientas propuestas por la SDS. |
|---|--|

|   |   |
|---|---|
| 7 | Obligación 7: Dar cumplimiento a las actividades de los procesos transversales del PSPIC, de acuerdo a su competencia: canalizaciones, PAI, educación para la salud pública, GESI, ACCVSYE, notificación de EISP y participación social. 7.1 Actividades desarrolladas: Se llevaron a cabo el desarrollo de las actividades según los procesos transversales, en cuanto se requirió, acorde al lineamiento. 7.2 Productos (evidencia): Se realizó la respectiva validación y digitación en los aplicativos suministrados por la SDS como GESI v.2.1.5 gesiapps.saludcapital.gov.co y SISCOSSR siscosrusuarios.enterritorio.gov.co |
|---|---|

|   |   |
|---|---|
| 8 | Obligación 8: El contratista se obliga a que las glosas que se generen por incumplimiento de las obligaciones contractuales y de acuerdo a los hallazgos que identifique el equipo de seguimiento y/o interventoría del FFDS_SDS al convenio interadministrativo PSPIC (conforme al anexo de criterios de glosa), serán causal de inicio de apertura de procedimiento administrativo sancionatorio de incumplimiento contractual. 8.1 Actividades desarrolladas: Se realizó entrega de productos acorde al lineamiento en tiempos establecidos. 8.2 Productos (evidencia): Se garantizó calidad en la digitación de los formatos entregados por los entornos MAS bienestar de la localidad Rafael Uribe Uribe, se relacionaron en el drive los hallazgos evidenciados en las diferentes fichas, así como se generó un soporte por medio de Scanner del estado físico de las mismas. |
| 9 | Obligación 9: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. 9.1 Actividades desarrolladas: Se realizaron acciones dispuestas para el desarrollo de las actividades correspondientes a los entornos MAS bienestar y/o según aplicó el cargo (Localidad de Rafael Uribe Uribe) 9.2 Productos (evidencia): Se ejecutaron acciones en los entornos MAS bienestar   |

### 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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

### IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

|                    |               |               |              |
|--------------------|---------------|---------------|--------------|
| No. DE PLANILLA:   | N° 1081998424 | OPERADOR:     | SIMPLE       |
| CONCEPTO DEL PAGO  | ENTIDAD       | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD:             | SALUD TOTAL   | 2026/05/12    | \$ 218.900   |
| PENSIÓN:           | PORVENIR      | 2026/05/12    | \$ 280.200   |
| RIESGOS LABORALES: | SURA          | 2026/05/12    | \$ 121.900   |
| OTRO               |               |               |              |
| TOTAL PAGADO       |               |               | \$ 621.000   |



### 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 ningún 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

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b> | <br><b>ERIKA ALEXANDRA RIAÑO FRANCO</b><br>PS_7434_2025_IAAEIA<br><b>ERIKA ALEXANDRA RIAÑO FRANCO</b><br><b>CC: 1030520152</b> |
| <b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>          | <br><b>NELEYI GUARACA PENAGOS</b><br>PS_7434_2025_IAAEIA<br><b>NELEYI GUARACA PENAGOS</b><br><b>SUPERVISOR ALTERNO</b>         |



ZANDRA PATRICIA CLAVIJO LOPEZ

PS\_7434\_2025\_IAAEIA

**ZANDRA PATRICIA CLAVIJO LOPEZ**  
**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS  
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**



# PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-05-15, 07:54:27 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla:

1081998424

Periodo Cotización:

abril de 2026

Periodo Servicio:

abril de 2026

## PAGADO 12/05/2026

### I. DATOS DEL APORTANTE

|                            |                              |                           |                |
|----------------------------|------------------------------|---------------------------|----------------|
| <b>Razón Social</b>        | ERIKA ALEXANDRA RIAÑO FRANCO |                           |                |
| <b>Documento</b>           | CC1030520152                 | <b>Dirección</b>          | CR 11 #47 - 31 |
| <b>Tipo de Empresa</b>     | INDEPENDIENTE                | <b>Teléfono</b>           | 3228784709     |
| <b>Tipo Persona</b>        | NATURAL                      | <b>Forma Presentación</b> | ÚNICO          |
| <b>Ciudad</b>              | SOACHA                       | <b>Departamento</b>       | CUNDINAMARCA   |
| <b>Representante Legal</b> |                              | <b>Identificación</b>     |                |
| <b>Total Afiliados</b>     | 1                            | <b>ARP</b>                | ARL SURA       |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado |                              |                |                   | Novedades |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Pensiones |     |     | Salud    |          |          | Riesgos  |                |                   | Cajas          |                |                          | Parafiscales |            |             | Total          |                |                      |             |             |             |      |                   |       |      |      |            |
|--------------------|------------------------------|----------------|-------------------|-----------|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|-----|-----|----------|----------|----------|----------|----------------|-------------------|----------------|----------------|--------------------------|--------------|------------|-------------|----------------|----------------|----------------------|-------------|-------------|-------------|------|-------------------|-------|------|------|------------|
| Identificación     | Apellidos y Nombres          | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING       | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | USP | COR | SIN | IGL | UMC | AMP       | ACP | IRP | Dias FER | Dias EPS | Dias ANC | Dias CCF | Administradora | IBC Pensión       | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud                | Aporte Salud | Tarifa     | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja             | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |      |      |            |
| CC 1030520152      | ERIKA ALEXANDRA RIAÑO FRANCO | 57             | 00                |           |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |           |     |     | 0        | 30       | 30       | 30       | 0              | (230301) PORVENIR | \$ 1.750.905   | \$ 280.200     | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | \$ 1.750.905 | \$ 218.900 | 6,960       | \$ 1.750.905   | \$ 121.900     | (NIN-CC) NINGUNA CCF | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0 | \$ 0              | \$ 0  | \$ 0 | \$ 0 | \$ 621.000 |

### III. TOTALES

| IBC Pensión  | IBC Salud    | IBC Riesgos  | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|--------------|--------------|--------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|--|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$ 1.750.905 | \$ 1.750.905 | \$ 1.750.905 | \$ 0      | \$ 280.200      | \$ 218.900    | \$ 121.900      | \$ 0          | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0                  | \$ 0   | \$ 0              | \$ 621.000                     | \$ 0                    | \$ 621.000  |



Erika Alexandra Riaño Franco <eriikariiano01@gmail.com>

**PSE - Transacción Aprobada  CUS 301732926**

1 mensaje

**serviciopse@achcolombia.com.co** <serviciopse@achcolombia.com.co>  
Para: eriikariiano01@gmail.com

12 de mayo de 2026 a las 9:30 a.m.



**¡Hola, Erika Alexandra Riaño Franco!**

**Estado de la Transacción:** Aprobada 

**Los siguientes son los datos de tu transacción:**

**Valor:** \$ 621.000

**Empresa:** SIMPLE OI

**Descripción:** Pago de Seguridad Social

**Fecha de la transacción:** 12/05/2026

**CUS:** 301732926

Gracias por utilizar nuestro servicio.



**Ten en cuenta estos tips de seguridad:**



Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.



No abras enlaces sospechosos.



Cambia tus contraseñas con regularidad.



Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.



Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.



**Para mayor información comunícate con nosotros:**



- 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 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"/> PS 7434 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf                | PS 7434 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf               | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |  |
| <input type="checkbox"/> PS 7434 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025..pdf (Archivado) | PS 7434 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf             | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |  |
| <input type="checkbox"/> PS 7434 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf              | PS 7434 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf             | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |  |
| <input type="checkbox"/> PS 7434 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES NOVIEMBRE 2025.pdf  | PS 7434 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES NOVIEMBRE 2025.pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |  |
| <input type="checkbox"/> PS 7434 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf              | PS 7434 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf             | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |  |
| <input type="checkbox"/> PS 7434 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf                  | PS 7434 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf                 | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |  |
| <input type="checkbox"/> PS 7434 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf                | PS 7434 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf               | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |  |
| <input type="checkbox"/> COMUNICACION SUPERVISOR PS 7434 2025 24-3-2026.pdf           | COMUNICACION SUPERVISOR PS 7434 2025 24-3-2026.pdf          | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |  |
| <input type="checkbox"/> PS 7434 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES FEBRERO 2026.pdf    | PS 7434 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES FEBRERO 2026.pdf   | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |  |
| <input type="checkbox"/> PS 7434 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 1 AL 19 DE 2026.pdf       | PS 7434 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 1 AL 19 DE 2026.pdf      | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |  |
| <input type="checkbox"/> PS 7434 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 20 AL 31 DE 2026.pdf      | PS 7434 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 20 AL 31 DE 2026.pdf     | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |  |
| <input type="checkbox"/> PS 7434 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES MARZO 2026.pdf      | PS 7434 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES MARZO 2026.pdf     | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |  |
| <input type="checkbox"/> PS 7437 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf                  | PS 7437 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf                 | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |  |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >