


**DATOS DEL CONTRATISTA**

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	GINA VALERIA ARDILA LOPEZ		<b>CC:</b>	1026555720	
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	GARDILASUBREDCO@GMAIL.COM		<b>TELÉFONO:</b>	3043288119	
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	CL 26 SUR N° 78G - 30		<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA	
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BBVA COLOMBIA	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>N° CUENTA:</b>	037157484

**DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 7516 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 4.839.200
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2025/10/09	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2026/07/31
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		

  
GINA VALERIA ARDILA LOPEZ  
PS\_7516\_2025\_317549

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

GINA VALERIA ARDILA LOPEZ

CC: 1026555720

CEL: 3043288119

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

**GINA VALERIA ARDILA LOPEZ**

**CON C.C N°**

**1.026.555.720**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO GESTOR OPERATIVO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN 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 7516 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/10/09</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 3.710.053	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>184</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 53.732.653	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 4.839.200
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	DIEZ (10) MESES
--	-----------------

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

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
-------------------------------	---------------------------------

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

1	1. OBLIGACION: PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.1.1 Actividad desarrollada: Presté mis servicios de manera oportuna y con criterios de calidad, garantizando el cumplimiento de las actividades asignadas en el marco del convenio.1.2 Evidencia: Registros de actividades, reportes operativos y listados de asistencia.
---	--

2	2. OBLIGACION: PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR, ADICIONALMENTE CON LA FINALIZACIÓN DEL MES SE DEBE ENTREGAR UN INFORME DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARA LA EJECUCIÓN DE SUS ACTIVIDADES. 2.1 Actividad desarrollada: Elaboré y presenté el cronograma mensual de actividades y el informe de ejecución correspondiente al cierre de cada mes. 2.2 Evidencia: Cronogramas mensuales e informes de gestión radicados.
---	--

3	3. OBLIGACION: VERIFICAR Y ENTREGAR LOS SOPORTES Y PRODUCTOS REALIZADOS QUE SE SOLICITE CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS DISPUESTOS POR LA SDS VALIDANDO CALIDAD Y VERACIDAD DE LOS MISMOS. 3.1 Actividad desarrollada: Verifiqué y entregué los soportes y productos solicitados, validando su calidad y veracidad conforme a los lineamientos establecidos. 3.2 Evidencia: Soportes documentales, formatos diligenciados y productos entregados.
---	--

4	4. OBLIGACION: DAR RESPUESTA A LAS CONTINGENCIAS GENERADAS POR SDS A NIVEL DISTRITO, ASÍ COMO LA DISPONIBILIDAD Y EJECUCIÓN DE LAS MISMAS. 4.1 Actividad desarrollada: Atendí y di respuesta oportuna a las contingencias generadas por la SDS a nivel distrital, asegurando su adecuada ejecución. 4.2 Evidencia: Actas, reportes de atención y comunicaciones oficiales.
---	--

5	5. OBLIGACION: PARTICIPAR Y/O REALIZAR INDUCCIÓN Y RE INDUCCIÓN AL TALENTO HUMANO A CARGO ACORDE CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 5.1 Actividad desarrollada: Participé y realicé procesos de inducción y reinducción al talento humano a cargo conforme a los lineamientos técnicos del convenio. 5.2 Evidencia: Listados de asistencia, actas y material de inducción.
---	--

6	6. OBLIGACION: REALIZAR LA REVISIÓN, ALISTAMIENTO Y ENTREGA CON CALIDAD DE CADA UNO DE LOS FORMATOS, DOCUMENTOS, BASES O INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN CUMPLIMIENTO A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 6.1 Actividad desarrollada: Revisé, alisté y entregué con criterios de calidad los formatos, documentos, bases e informes generados durante las intervenciones. 6.2 Evidencia: Formatos revisados, bases de datos e informes entregados.
---	--

7	<p>7. OBLIGACION: VERIFICAR Y HACER LA NOTIFICACIÓN LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES REALIZADAS POR EL CONVENIO.</p> <p>7.1 Actividad desarrollada: Verifiqué y notifiqué oportunamente los eventos de interés en salud pública detectados durante las intervenciones realizadas.</p> <p>7.2 Evidencia: Formatos de notificación y registros en aplicativos oficiales.</p>
8	<p>8. OBLIGACION: PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR SDS DE ACUERDO CON LOS PROCESOS ASIGNADOS Y CONFORME A LAS ACTIVIDADES, METAS Y PRODUCTOS ESTABLECIDOS EN LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.</p> <p>8.1 Actividad desarrollada: Participé en las asistencias técnicas convocadas por la SDS conforme a los procesos y metas asignadas.</p> <p>8.2 Evidencia: Actas de asistencia técnica y listados de asistencia.</p>
9	<p>9. OBLIGACION: APOYAR EN LA ORGANIZACIÓN DEL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL.</p> <p>9.1 Actividad desarrollada: Apoyé la organización del archivo documental conforme a la normatividad y la tabla de retención documental vigente.</p> <p>9.2 Evidencia: Carpetas organizadas y registros de archivo.</p>
10	<p>12. OBLIGACION: REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN.</p> <p>12.1 Actividad desarrollada: Realicé las obligaciones adicionales relacionadas con el objeto del contrato requeridas por la supervisión.</p> <p>12.2 Evidencia: Correos, actas y reportes de cumplimiento.</p>
11	<p>13 OBLIGACION: ENTREGAR BAJO SUPERVISIÓN DE CALIDAD LOS PRODUCTOS SUJETOS DE AUDITORÍA.</p> <p>13.1 Actividad desarrollada: Entregué los productos sujetos de auditoría bajo criterios de calidad y supervisión establecidos.</p> <p>13.2 Evidencia: Productos entregados y actas de revisión.</p>
12	<p>14. OBLIGACION: REDACTAR LOS INFORMES DE GESTIÓN CORRESPONDIENTES SUJETOS DE AUDITORÍA.</p> <p>14.1 Actividad desarrollada: Redacté los informes de gestión correspondientes conforme a los lineamientos y requisitos de auditoría.</p> <p>14.2 Evidencia: Informes de gestión elaborados y radicados.</p>
13	<p>15. OBLIGACION: SUPERVISAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROPUESTAS EN EL MARCO DEL CUMPLIMIENTO OPERATIVO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR.</p> <p>15.1 Actividad desarrollada: Supervisé el cumplimiento de las actividades operativas propuestas en el marco del convenio.</p> <p>15.2 Evidencia: Reportes de seguimiento y actas de supervisión.</p>
14	<p>16. OBLIGACION: ASISTENCIA A LAS REUNIONES Y COMITÉS CITADOS POR LA SDS Y EL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR.</p> <p>16.1 Actividad desarrollada: Asistí a las reuniones y comités citados por la SDS y el convenio.</p> <p>16.2 Evidencia: Listados de asistencia y actas de reunión.</p>
15	<p>17. OBLIGACION: PLANIFICAR, DIRIGIR Y/O PARTICIPAR EN LOS ESPACIOS DE FORTALECIMIENTO TÉCNICO DEL TALENTO HUMANO OPERATIVO.</p> <p>17.1 Actividad desarrollada: Planifiqué, dirigí y participé en espacios de fortalecimiento técnico del talento humano operativo.</p> <p>17.2 Evidencia: Actas, listados de asistencia y material de apoyo.</p>
16	<p>18. OBLIGACION: REALIZAR LAS ACTIVIDADES EN CAMPO Y/O ACOMPAÑAMIENTO DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS OPERATIVOS. VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES Y OBLIGACIONES CONTRACTUALES DE LOS PERFILES A CARGO, REALIZANDO LA CERTIFICACIÓN DE LAS HORAS MENSUAL.</p> <p>18.1 Actividad desarrollada: Realicé actividades en campo y acompañamiento, verificando el cumplimiento contractual y certificando las horas mensuales del personal a cargo.</p> <p>18.2 Evidencia: Registros de campo y certificaciones de horas.</p>
	<p>19. OBLIGACION: REALIZAR LOS REGISTROS DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD EN LOS APLICATIVOS DISPUESTOS POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.</p> <p>19.1 Actividad desarrollada: Registré oportunamente las actividades realizadas en los aplicativos dispuestos por la SDS y la Subred.</p>

17	19.2 Evidencia: Registros en aplicativos institucionales.
18	20. OBLIGACION: ENTREGAR LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA CON OPORTUNIDAD CUANDO SE SOLICITE. 20.1 Actividad desarrollada: Entregué la documentación requerida de manera oportuna cuando fue solicitada. 20.2 Evidencia: Radicados y constancias de entrega.
19	21. OBLIGACION: CUMPLIR, SEGÚN SU PERFIL Y RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, CON TODAS LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TÉCNICO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR VIGENTE, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, ASÍ COMO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS QUE DE ESTE SE DERIVEN. 21.1 Actividad desarrollada: Cumplí integralmente con las obligaciones establecidas en el anexo técnico y los lineamientos técnicos y operativos del convenio, según mi perfil. 21.2 Evidencia: Informes de cumplimiento y soportes contractuales.

### 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° 83563368	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/05/15	\$ 322.200
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/05/15	\$ 412.400
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/05/15	\$ 62.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 797.400

### 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

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA**



GINA VALERIA ARDILA LOPEZ  
PS\_7516\_2025\_317549

**GINA VALERIA ARDILA LOPEZ**

**CC: 1026555720**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ*

*PS\_7516\_2025\_317549*

**LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ**  
**SUPERVISOR ALTERNO**

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



*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA*

*PS\_7516\_2025\_317549*

**LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA**  
**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1026555720	GINA VALERIA ARDILA LOPEZ		Cl 26 sur 78H 30	3410814	VALERYARD@GMAIL.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 (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		83563368	15/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$2,577,400	\$817.700	

## 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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	322.200	0		0		0	8	1.900	0	324.100	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
230301	Porvenir	800224808-8	412.400	0	0	0	0	8	2.400	0	414.800	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										
14-7	Seguros Bolívar S.A.	860002503-2	62.800				62.800	8	400	63.200			628	63.200	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	15.500	8	100	15.600	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	8	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	8	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	322.200	324.100
Pensión	1	412.400	414.800
Riesgos Laborales	1	62.800	63.200
CCF	1	15.500	15.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>812.900</b>	<b>817.700</b>



Ref: 08758852

Hola

Estamos contigo en cada paso, por eso te informamos el resumen de tu transacción.

Tipo de transacción:	Pago PSE
Cuenta terminada en:	*7484
Fecha de la operación:	2028-05-15
Establecimiento:	COMPENSAR-OI
Valor:	\$817,700.00
Hora:	15:21

### Recuerda que:

Nunca te contactaremos solicitando tus claves o códigos de activación.

Si necesitas ayuda extra, puedes visitar nuestra página web o contactarnos a través de nuestras líneas de atención al cliente:



Bogotá: 601 401 0000  
Línea nacional: 01 8000 912 227

Por favor no respondas este correo.



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

### Datos guardados

Cancelar

#### 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	Estad
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

#### Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo
<input type="checkbox"/> COMUNICACION SUPERVISOR PS 7516 2025 8-5-26.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 7516 2025 8-5-26.pdf
<input type="checkbox"/> PS_7516_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7516_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf
<input type="checkbox"/> PS_7516_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	PS_7516_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf
<input type="checkbox"/> PS 7516 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 7516 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf
<input type="checkbox"/> PS_7516_2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026.pdf	PS_7516_2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026.pdf
<input type="checkbox"/> PS_7516_2025_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2026.pdf	PS_7516_2025_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2026.pdf
<input type="checkbox"/> PS_7516_2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026.pdf	PS_7516_2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026.pdf
<input type="checkbox"/> PS_7516_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_MARZO_2026.pdf	PS_7516_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_MARZO_2026.pdf
<input type="checkbox"/> PS_7516_2025_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2026.pdf	PS_7516_2025_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2026.pdf

Cancelar