


DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

| | | | | | |
|--------------------------|------------------------------|-----------------|-----------|------------|--------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | NICOL ALEJANDRA SOTO RAMIREZ | | CC: | 1018502212 | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | nicolsoto315@gmail.com | | TELÉFONO: | 3014846121 | |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | KR 32 33 48 | | CIUDAD: | BOGOTA | |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | LULO BANK | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | N° CUENTA: | 981791632382 |

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|--------------------------|------------------------------|--|--------------|
| N° DEL CONTRATO: | PS 6613 2025 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 3.293.600 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 2025/10/01 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 2026/05/31 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31 | | |

 NICOL ALEJANDRA SOTO RAMIREZ
PS_6613_2025_FEC5D7

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

NICOL ALEJANDRA SOTO RAMIREZ

CC: 1018502212

CEL: 3014846121

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

NICOL ALEJANDRA SOTO RAMIREZ

CON C.C N°

1.018.502.212

| | |
|-----------------------------|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO TECNÓLOGO EN SANEAMIENTO AMBIENTAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E |
|-----------------------------|---|

| | | | |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 6613 2025 | FECHA INICIO CONTRATO | 2025/10/01 |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|

| | | | |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------------|------------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 3.293.600 | No. HORAS EJECUTADAS | 184 |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------------|------------|

| | | | |
|---|---------------|--|--------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ 29.642.400 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 3.293.600 |
|---|---------------|--|--------------|

| | |
|--|----------------|
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | OCHO (8) MESES |
|--|----------------|

| | |
|--|---------------------------------|
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO |
|--|---------------------------------|

| | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | DIANA ESPERANZA TOVAR RACHE |
|-------------------------------|-----------------------------|

| | |
|-------------|--|
| ITEM | 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 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 desarrollaron visitas de inspección, vigilancia y control de perfil tecnológico en las localidades asignadas. 1.2 Productos (evidencias): Formato físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado. |
|---|--|

| | |
|---|--|
| 2 | 2. Obligación 2: PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR. 2.1 Actividades desarrolladas: Actividades desarrolladas se programaron de acuerdo al censo establecido y direccionado por la Secretaria Distrital de Salud, alimentado de manera diaria y de acuerdo a los establecido por el lider de linea. 2.2 Productos (evidencias): Censo establecido y direccionado por Secretaria Distrital de Salud. |
|---|--|

| | |
|---|---|
| 3 | 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 presentaron las actas y formatos diligenciados correspondientes al mes. 3.2 Productos (evidencias): Formato físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado. |
|---|---|

| | |
|---|---|
| 4 | 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: Apoyo de actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad. 4.2 Productos (evidencias): Formato físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado. |
|---|---|

| | |
|---|---|
| 5 | 5. Obligación 5: CUMPLIR CON LA META, ACTIVIDADES Y/O PRODUCTOS PROGRAMADOS Y ASIGNADOS CON LA CALIDAD DEL DATO REQUERIDA (OPORTUNIDAD, CONSISTENCIA, EXACTITUD) DESDE SU PERFIL TÉCNICO Y CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL PROCESO DE LA VIGILANCIA DE LA SALUD AMBIENTAL-VSA DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PSPIC. 5.1 Actividades desarrolladas: Visitas de IVC siguiendo procedimientos, según las indicaciones descritas en los lineamientos y asesoramientos constantes para seguir la adherencia conceptual de lineamientos técnicos. 5.2 Productos (evidencias): Formato físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado. |
|---|---|

| | |
|---|--|
| 6 | 6. Obligación 6: DESARROLLAR LOS PROCESOS DESCRITOS EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS RELACIONADOS CON LA VIGILANCIA DE LA SALUD AMBIENTAL-VSA DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PSPIC, SEGÚN LAS COMPETENCIAS DE LA AUTORIDAD SANITARIA VERIFICANDO LA NORMATIVIDAD SANITARIA Y GARANTIZANDO LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LOS DIFERENTES FACTORES DE RIESGO QUE PUEDAN PONER EN PELIGRO A LA SALUD PÚBLICA. 6.1 Actividades desarrolladas: Visitas de IVC desde el perfil tecnológico a las localidades asignadas verificando el cumplimiento de las condiciones higienico sanitarias de los establecimientos asignados descritas en la ley 9 de 1979 y toda normatividad sanitaria que tuvieron relacion con las actividades a desempeñar en la respectiva visita. 6.2 Productos (evidencias): Formato físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado. |
|---|--|

| | |
|---|---|
| 7 | 7. Obligación 7: DESARROLLAR PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA A LOS DIFERENTES PROCESOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS CONFORME A SU SABER DISCIPLINAR Y TÉCNICO, EN FUNCIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS DE ENTORNOS Y/P PROCESOS TRANSVERSALES. 7.1 Actividades desarrolladas: NO HUBO PARA EL PERIODO. 7.2 Productos (evidencias): NO HUBO PARA EL PERIODO |
|---|---|

| | |
|----|---|
| 8 | 8. Obligación 8: ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 8.1 Actividades desarrolladas: Actividades asignadas desde el componente de vigilancia de la salud ambiental. 8.2 Productos (evidencias): Formato físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado. |
| 9 | 9. Obligación 9: DAR CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE LOS PROCESOS TRANSVERSALES DEL PSPIC, DE ACUERDO A SU COMPETENCIA: CANALIZACIONES, PAI, EDUCACIÓN PARA LA SALUD PUBLICA, GESI, ACCVSYE, NOTIFICACIÓN DE EISP Y PARTICIPACIÓN SOCIAL. 9.1 Actividades desarrolladas: En caso de que no hizo canalizaciones, no apoyo jornadas PAI, no tuvo fortalecimientos de capacidad con el equipo de cofinanciacion y/o educacion para la salud publica, por favor colocar: NO HUBO PARA EL PERIODO. Si realizo alguna de estas diligenciar lo que HIZO. 9.2 Productos (evidencias): En caso de que no hizo canalizaciones, no apoyo jornadas PAI, no tuvo fortalecimientos de capacidad con el equipo de cofinanciacion y/o educacion para la salud publica, por favor colocar: NO HUBO PARA EL PERIODO. Si realizo alguna de estas diligenciar lo que HIZO. |
| 10 | 10. Obligación 10: 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. 10.1 Actividades desarrolladas: Durante el mes no se recibio visita por parte de la SDS_FFD para realizar el proceso de auditoria del componente de VSA, sin embargo fue realizado el proceso de preauditoria de la linea de intervencion garantizando asi la calidad y oportunidad de los soportes de las actividades ejecutadas, PENDIENTE SEGUIMIENTO AUDITORIA. 10.2 Productos (evidencias): Durante el mes no se recibio visita por parte de la SDS_FFD para realizar el proceso de auditoria del componente de VSA, sin embargo fue realizado el proceso de preauditoria de la linea de intervencion garantizando asi la calidad y oportunidad de los soportes de las actividades ejecutadas, PENDIENTE SEGUIMIENTO AUDITORIA. |
| 11 | 11. Obligación. REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN 11.1 Actividades desarrolladas: Actividades asignadas desde el componente de vigilancia de la salud ambiental. 11.2 Productos (evidencias): Formato físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado. |

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: | Nº 82960938 | OPERADOR: | MI PLANILLA |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | COMPENSAR | 2026/05/13 | \$ 218.900 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 2026/05/13 | \$ 280.200 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2026/05/13 | \$ 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 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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



NICOL ALEJANDRA SOTO RAMIREZ

PS_6613_2025_FEC5D7

NICOL ALEJANDRA SOTO RAMIREZ

CC: 1018502212

FIRMA DE QUIEN VALIDA



JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ

PS_6613_2025_FEC5D7

JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ

SUPERVISOR ALTERNO

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



DIANA ESPERANZA TOVAR RACHE

PS_6613_2025_FEC5D7

DIANA ESPERANZA TOVAR RACHE

SUPERVISOR DEL CONTRATO

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|------------------------------|--------|------------------|--------------------|------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1018502212 | NICOL ALEJANDRA SOTO RAMIREZ | | Cra87m#73b-70sur | 5170411 | nicolsoto315@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 (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 82960938 | 13/05/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-04 | 2026-04 | I | \$0 | \$544.700 | |

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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 218.900 | 0 | | 0 | | 0 | 7 | 1.100 | 0 | 220.000 | 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 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 1.500 | 0 | 281.700 | 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 | 7 | 300 | 43.000 | | | 427 | 43.000 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | | | | | | | |
|---------------|--------|--|--|--|--|--|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF | Nombre | | | | | | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | | | | | | | | | |

| TOTALES PARAFISCALES | | | | |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA | | | | |
| 0 | 7 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 7 | 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 | 220.000 |
| Pensión | 1 | 280.200 | 281.700 |
| Riesgos Laborales | 1 | 42.700 | 43.000 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 541.800 | 544.700 |



Alejandra Soto Ramirez <nicolsoto315@gmail.com>

Pago PSE exitoso

1 message

Notificaciones Lulo bank <notificaciones@lulobank.com>
To: nicolsoto315@gmail.com

Tue, May 12, 2026 at 11:42 PM



Hiciste un pago a Compensaroi por \$544.700

El cobro se hizo a tu cuenta • 2382

No. comprobante 82960938

CUS 304045231

Referencia 1: 186.113.144.87

Referencia 2: CC

Referencia 3: 1018502212

Descripción de pago: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social.

Operación sin costo

Fecha 12 may. 2026

Hora 11:42 p.m.

Si no reconoces este movimiento ingresa a la sección de ayuda en tu Lulo app.

© 2026. Lulo bank, Bogotá, Colombia.

En Lulo bank, nunca te pediremos datos como claves o usuarios mediante correo electrónico. Si tienes alguna pregunta nos puedes contactar a través de tu app en la sección Ayuda o consulta www.lulobank.com



- 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 6613 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf | PS 6613 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle | |
| <input type="checkbox"/> PS 6613 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf | PS 6613 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle | |
| <input type="checkbox"/> PS 6613 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf | PS 6613 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle | |
| <input type="checkbox"/> PS 6613 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf | PS 6613 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle | |
| <input type="checkbox"/> PS 6613 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf | PS 6613 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle | |
| <input type="checkbox"/> COMUNICACION SUPERVISOR PS 6613 2025 24-3-2026.pdf | COMUNICACION SUPERVISOR PS 6613 2025 24-3-2026.pdf | Comprador | Descargar | Detalle | |
| <input type="checkbox"/> PS 6613 2025 - CUENTA DE COBRO MARZO 1 AL 19 DE 2026.pdf | PS 6613 2025 - CUENTA DE COBRO MARZO 1 AL 19 DE 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle | |
| <input type="checkbox"/> PS 6613 2025 - CUENTA DE COBRO MARZO 20 AL 31 DE 2026.pdf | PS 6613 2025 - CUENTA DE COBRO MARZO 20 AL 31 DE 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle | |
| <input type="checkbox"/> PS 6613 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf | PS 6613 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle | |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >