SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**ANGELA ROCIO ARCINIEGAS GOMEZ**			**CC:**	**52281961**
CORREO ELECTRÓNICO:	**angela.arciniegasgomez@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3133879803**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 16 H 96 A 50**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008480306268**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7033 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 6.127.200**
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**				

ANGELA ROCIO ARCINIEGAS GOMEZ
PS_7033_2025_7489FF

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANGELA ROCIO ARCINIEGAS GOMEZ
CC: 52281961
CEL: 3133879803

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** AP-IA-FT-077 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
ANGELA ROCIO ARCINIEGAS GOMEZ			
	CON C.C N°	**52.281.961**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO FISIOTERAPEUTA 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		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 7033 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 6.127.200	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 58.539.600	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 6.127.200
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ZANDRA PATRICIA CLAVIJO LOPEZ		

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	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: Gestión Sectorial (Espacio de Coordinación Sectorial Local de Políticas (19/05), Alistamiento Espacio de Coordinación Sectorial Local de Políticas Equipo Local (13/05), reunión Delegados zonales y étnicas (12/05),Reunión con lider APS (22/05) Gestión Intersectorial (Mesa Más Bienestar (21/05), Mesa de Cogestión (06/05), Reunión JAL (05/05), Reunión con Alcaldía Local y Equipo APS (19/05), mesa de seguridad y convivencia (28/05), Reunión Concejo de Bogotá (12/05). 1.2 Productos o evidencias: Actas y Listados de Asistencia
2	Obligación 2. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar 2.1 Actividades Desarrolladas: Elaboración y actualización del cronograma del mes 2.2 Productos o evidencias: Cronograma semanal en el DRIVE del correo institucional
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: Revisión de los soportes del equipo en preauditorias (27 y 28/05) y alistamientos de seguimientos retrospectivos (20/05) 3.2 Productos o evidencias: Anexo 1 y Actas y Listado de asistencia
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: Acompañamiento a los delegados en terreno para la verificación de las acciones y efectuar las acciones de mejora correspondientes, delegada de la política de SPA en la mesa de Estupefacientes (24/05) y Delegado de la política SAN, en la acción conjunta San Cristóbal Activa y Saludable (26/05). 4.2 Productos o evidencias: Acta y Listado de Acompañamiento a los delegados de políticas.
5	Obligación 5. Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) desde su perfil profesional y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre el FDS y la subred 5.1 Actividades Desarrolladas: Revisión, consolidación y envío de Anexo 1 (Plan Operativo Anual, Matriz de compromisos, Matriz de Seguimiento a Políticas) y Mapeo de Activos San Cristóbal. 5.2 Productos o evidencias: Anexo 1- Instrumento Mapeo de Activos San Cristóbal.
6	Obligación 6. Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la subred 6.1 Actividades Desarrolladas: Reunión equipo local orientación técnica de plan operativo local (06/05) 6.2 Productos o evidencias: Acta y Listado de Asistencia
7	Obligación 7. Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del plan de intervenciones colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales. 7.1 Actividades Desarrolladas: Asistencia Técnica Líderes SDS (8 y 13/05), Balance de la Gestión Territorial Líderes (25/05), Balance de la Gestión Territorial Localidad San Cristóbal (20/05) 7.2 Productos o evidencias: Acta y Listado de Asistencia

8	Obligación 8. Diligenciar el 100% de la información en los tableros de control, indicadores y matrices que se generen y se soliciten en el proceso asignado 8.1 Actividades Desarrolladas: Diligenciamiento SEGPLAN (Pendiente), Indicadores GESI (una vez se habiliten) y Matriz Poblacional (15/05) 8.2 Productos o evidencias: Aplicativo SEGPLAN, Aplicativo GESI y Excel Matriz Poblacional
9	Obligación 9. Responder por la planeación, implementación y seguimiento al plan de trabajo del equipo de la línea de intervención, subsistema y/o estrategia del proceso transversal o entorno asignado 9.1 Actividades Desarrolladas: cumplimiento a las obligaciones contractuales y Plan de la Gestión Zonal 9.2 Productos o evidencias: Plan de la Gestión Zonal
10	Obligación 10. 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 10.1 Actividades Desarrolladas: Seguimiento a Anexo 10, Seguimiento a canalizaciones a las pertinencias, Seguimiento a Módulo SIRC, Actualización de Mapeo de Activos Institucionales del mes de mayo. Reunión con PAI para la solicitud de jornadas de la localidad (06/05), Reunión Gerencia en el Territorio San Cristóbal (12/05) 10.2 Productos o evidencias: Anexo 10, Módulo SIRC, Actas y Listados de Asistencia
11	Obligación 11. Orientar técnica y operativamente las actividades que adelante el equipo de la línea de intervención, subsistema, proyecto y/o estrategia del proceso transversal o entorno asignado, de acuerdo a su perfil profesional para el cumplimiento de los productos, actividades y/o metas establecidos en los lineamientos técnicos del convenio interadministrativo PSPIC 11.1 Actividades Desarrolladas: Reunión del proceso de gestión y análisis de políticas (14/05) 11.2 Productos o evidencias: Acta y Listado de Asistencia
12	Obligación 12. Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones 12.1 Actividades Desarrolladas: Notificación de los eventos de interés en salud pública según se demande, con el fin de ser enviados a Vigilancia en Salud Pública 12.2 Productos o evidencias: Ficha de notificación y correo electrónico según se demande
13	Obligación 13. Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo con la normatividad y tabla de retención documental 13.1 Actividades Desarrolladas: Organización del archivo mensual de los productos según TRD en Drive del correo local de acuerdo con la Gestión Sectorial (Fases), Gestión Intersectorial (Soportes de la Matriz de Seguimiento a Políticas Matriz de Compromisos) y Acciones Administrativas (Reuniones de equipo, preauditorias, cronogramas, etc.) 13.2 Productos o evidencias: Drive local
14	Obligación 14. 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 14.1 Actividades Desarrolladas: Alistamiento seguimiento retrospectivo de los meses de marzo y abril, revisión de drive distrital para los conceptos técnicos de aprobación de cada uno de los componentes del anexo 1 (plan operativo, Gestión Intersectorial, seguimiento a las políticas públicas). 14.2 Productos o evidencias: Correos, Drive Local, Anexo 1y anexo 1.2 Drive Distrital
15	Obligación 15. Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. 15.1 Actividades Desarrolladas: Seguimiento a las situaciones problemáticas de la localidad según orientaciones de SDS, respuesta a oficios -participar en reunión en Tihuaque (14/05) 15.2 Productos o evidencias: Base de datos Situaciones problemáticas y Drive distrital, Acta y listado de asistencia.

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° 77430623	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/05/19	$ 391.300
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/05/19	$ 500.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/05/19	$ 76.300
OTRO			

TOTAL PAGADO	$ 968.400

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	*ANGELA ROCIO ARCINIEGAS GOMEZ* *PS_7033_2025_7489FF* **ANGELA ROCIO ARCINIEGAS GOMEZ** **CC: 52281961**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*MAYRA MILENA JARAMILLO QUIROZ* *PS_7033_2025_7489FF* **MAYRA MILENA JARAMILLO QUIROZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ZANDRA PATRICIA CLAVIJO LOPEZ* *PS_7033_2025_7489FF* **ZANDRA PATRICIA CLAVIJO LOPEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52281961	ANGELA ROCIO ARCINIEGAS GOMEZ	CRA 21A No. 170 -49	6742090	angela.arciniegasgomez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		77430623	19/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$3,129,840	$990.300	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	391.300	0		0		0	4	1.200	0	392.500	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	500.800	0	0	0	0	4	1.500	0	502.300	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 Bolivar S.A.	860002503-2	76.300				76.300	4	300	76.600			763	76.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	18.800	4	100	18.900	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	4	0	0	0
ICBF				
0	4	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	391.300	392.500
Pensión	1	500.800	502.300
Riesgos Laborales	1	76.300	76.600
CCF	1	18.800	18.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	987.200	990.300

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52281961	ANGELA ROCIO ARCINIEGAS GOMEZ	CRA 21A No. 170 -49	6742090	angela.arciniegasgomez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		77430623	19/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$3,129,840	$990.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excarcelado	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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 52281961	ARCINIEGAS GOMEZ ANGELA ROCIO	59	0			N																	25-14	3.129.840	30	500.800	0	0	0	0	EPS005	3.129.840	30	391.300	14-7	3.129.840	30	3	76.300	CCF24	3.129.840	30	18.800	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Gmail

Angela Rocio Arciniegas Gomez <angela.arciniegasgomez@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 317342668

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 18 de mayo de 2026 a las 8:04
Para: angela.arciniegasgomez@gmail.com

¡Hola, angela rocio arciniegas gomez!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:



Valor: $ 990.300,00

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 18/05/2026

CUS: 317342668

Gracias por utilizar nuestro servicio.

Ten encuenta 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.

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		
☐	PS 7033 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 7033 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 7033 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 7033 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 7033 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 7033 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS_7033_2025_ENERO_PLANILLASS.pdf (Archivado)	PS_7033_2025_ENERO_PLANILLASS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 7033 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	PS 7033 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 7033 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026 (1).pdf	PS 7033 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026 (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 7033 2025 24-3-2026.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 7033 2025 24-3-2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 7033 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES FEBRERO.pdf	PS 7033 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES FEBRERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 7033 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 1 AL 19 DE 2026.pdf	PS 7033 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 1 AL 19 DE 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 7033 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 20 AL 31 DE 2026.pdf	PS 7033 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 20 AL 31 DE 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 7033 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES MARZO 2026.pdf	PS 7033 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 7033 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 7033 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >