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:	**MARISELLA LYSETH BELTRAN VALDERRAMA**			**CC:**	**1023900994**
CORREO ELECTRÓNICO:	**LISETH2524@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3106259799**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 40 SUR 2 29 ESTE**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008400856004**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7635 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.899.800**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/14**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31**				

MARISELLA LYSETH BELTRAN VALDERRAMA
PS_7635_2025_6B0F0A

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARISELLA LYSETH BELTRAN VALDERRAMA
CC: 1023900994
CEL: 3106259799

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			
MARISELLA LYSETH BELTRAN VALDERRAMA			
	CON C.C N°	**1.023.900.994**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR TECNICO MAS BIENESTAR 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		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 7635 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/14**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1.788.480	**No. HORAS EJECUTADAS**	**179**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 31.596.480	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.899.800
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA		

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 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 Actividades desarrolladas Ejecuté las actividades asignadas en el marco del convenio, garantizando la aplicación de protocolos y lineamientos técnicos vigentes, con oportunidad en la atención y adecuada interacción con la comunidad. 1.2 Productos (evidencias) Registré y validé las intervenciones realizadas en los formatos institucionales establecidos (planillas, fichas y aplicativos definidos).
2	2. OBLIGACIÓN PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR, ADICIONALMENTE CON LA FINALIZACION DEL MES SE DEBE ENTREGAR UN INFORME DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARA LA EJECUCION DE SUS ACTIVIDADES. 2.1 Actividades desarrolladas Elaboré y presenté el cronograma mensual y el informe de actividades del periodo. 2.2 Productos (evidencias) Entregué cronograma e informe mensual diligenciados conforme a lineamientos.
3	3. OBLIGACIÓN APOYAR LA PRESTACION DE SERVICIOS EN EL DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, PRESENTANDO LA INFORMACION Y/O SOPORTES QUE SE SOLICITE CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TECNICOS DEL CONVENIO VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 3.1 Actividades desarrolladas Recolecté, organicé y validé la información requerida en los anexos técnicos. 3.2 Productos (evidencias) Diligencié y entregué soportes conforme a lineamientos técnicos.
4	4. OBLIGACIÓN 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 HABILITACION Y ACREDITACION DE SERVICIOS DE SALUD. 4.1 Actividades desarrolladas Participé en actividades de calidad y mejoramiento continuo según asignación. 4.2 Productos (evidencias) Generé registros de participación y evidencias correspondientes.
5	5. OBLIGACIÓN REALIZAR APROPIACION CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TECNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 5.1 Actividades desarrolladas Realicé revisión y apropiación de lineamientos técnicos del convenio, al momento de aceptar el contrato. 5.2 Productos (evidencias) No aplica para el mes en curso
6	6. OBLIGACIÓN DESARROLLAR PROCESOS DE ASISTENCIA TECNICA DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES CONFORME A SU SABER DISCIPLINAR Y PROFESIONAL, EN FUNCION DE LOS REQUERIMIENTOS PROCESOS TRANSVERSALES. 6.1 Actividades desarrolladas Brindé apoyo técnico en el desarrollo de actividades asignadas. 6.2 Productos (evidencias) Registré asistencia técnica en formatos y actas correspondientes.
7	7. OBLIGACIÓN REALIZAR LA REVISION, 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 TECNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 7.1 Actividades desarrolladas Verifiqué calidad, exactitud y completitud de documentos generados. 7.2 Productos (evidencias) Entregué documentación conforme a lineamientos institucionales.

8	8. OBLIGACIÓN PARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO. 8.1 Actividades desarrolladas No aplica para el periodo según las actividades desempeñadas. 8.2 Productos (evidencias) No aplica.
9	9. OBLIGACIÓN ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERES EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES. 9.1 Actividades desarrolladas No se identificaron eventos de interés en salud pública. 9.2 Productos (evidencias) No aplica.
10	10. OBLIGACIÓN PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TECNICAS CONVOCADAS POR SDS DE ACUERDO CON LOS PROCESOS ASIGNADOS Y CONFORME A LAS ACTIVIDADES, METAS Y PRODUCTOS ESTABLECIDOS EN LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TECNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 10.1 Actividades desarrolladas Asistí a las convocatorias técnicas programadas. 10.2 Productos (evidencias) Registré asistencia y aplicación de lineamientos.
11	11. OBLIGACIÓN ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACION GENERADA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCION DOCUMENTAL. 11.1 Actividades desarrolladas Clasifiqué y organicé la documentación generada. 11.2 Productos (evidencias) Entregué archivo conforme a normatividad.
12	12. OBLIGACIÓN REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISION. 12.1 Actividades desarrolladas Ejecuté actividades adicionales asignadas. 12.2 Productos (evidencias) Registré cumplimiento de actividades.
13	13. OBLIGACIÓN REALIZAR CARACTERIZACION SOCIODEMOGRÁFICA A COMPLETITUD, CON CALIDAD Y VERACIDAD REALIZANDO LOS TAMIZAJES CORRESPONDIENTES SEGÚN LINEAMIENTO EN EL DESARROLLO DE LA CARACTERIZACION (APGAR, TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMETRICAS SEGÚN RESOLUCION 3280-2018, OMS, FINDRISC, CUESTIONARIO DE EPOC Y PLANILLA DE FIRMAS), TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA. 13.1 Actividades desarrolladas No aplica para la actividad desarrollada dentro de las funciones establecidas 13.2 Productos (evidencias) No aplica.
14	14. OBLIGACIÓN DILIGENCIAR LA INFORMACION DE LA CARACTERIZACION SOCIODEMOGRÁFICA EN EL APLICATIVO GTAPS DE LA SDS DIARIAMENTE A COMPLETITUD, CON VERACIDAD Y CALIDAD DEL DATO DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCION, TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA. 14.1 Actividades desarrolladas Registré la información en el aplicativo GTAPS dentro de los tiempos establecidos. 14.2 Productos (evidencias) Generé soporte de registro en el aplicativo.
15	15. OBLIGACIÓN PRESENTAR EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES E INSUMOS PREPARADOS (MAPAS BASE, MATRICES, CARTOGRAFÍA, DATOS CATASTRALES Y POBLACIONALES). 15.1 Actividades desarrolladas Presenté cronograma e insumos requeridos. 15.2 Productos (evidencias) Entregué informe y soportes correspondientes.
16	16. OBLIGACIÓN PRESENTAR MAPA CON REGISTRO DEL EJERCICIO DE CARTOGRAFÍA REALIZADO POR EL GESTOR. · MATRIZ DE INFORMACION CUANTITATIVA Y CUALITATIVA, CON EL REGISTRO REALIZADO POR PARTE DEL GESTOR. 16.1 Actividades desarrolladas No se realizaron ejercicios de cartografía en el periodo. 16.2 Productos (evidencias) No aplica.
17	17. OBLIGACIÓN PARTICIPAR EN EL COMITE TERRITORIAL EN EL QUE PARTICIPA TODO EL EQUIPO REVISION Y ANÁLISIS DE INFORMACION (CARTOGRAFÍA, MATRIZ, INFORME Y CONCLUSIONES DE COMITE DE CUIDADO). 17.1 Actividades desarrolladas Participé en espacios de comité territorial programados. 17.2 Productos (evidencias) Registré participación en actas.
18	18. OBLIGACIÓN REALIZAR EL REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES EN INSTRUMENTOS DEFINIDOS PARA CAPTURA DE INFORMACION CON CALIDAD (PLANILLA DE FAMILIAS CON CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ATENCION INICIAL DESDE ABORDAJE TERRITORIAL, APLICATIVO EN LÍNEA DEFINIDO POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD). 18.1 Actividades desarrolladas Registré actividades en instrumentos definidos. 18.2 Productos (evidencias) Diligencié planillas y registros.
19	19. OBLIGACIÓN GESTIONAR Y ACTIVAR LOS RIESGOS EN SALUD IDENTIFICADOS CON OPORTUNIDAD A TRAVES DEL AGENDAMIENTO, ACTIVACIONES DE RUTA O FORMATOS DE NOTIFICACION DE EVENTOS DE INTERES EN SALUD PÚBLICA SEGÚN CORRESPONDA. 19.1 Actividades desarrolladas Gestioné riesgos identificados según lineamientos. 19.2 Productos (evidencias) Registré activaciones y rutas de atención.
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 actividades conforme a lineamientos técnicos y operativos. 20.2 Productos (evidencias) Elaboré informe de cumplimiento del periodo.

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° 9504212294	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/05/12	$ 218.900
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/05/12	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/12	$ 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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*MARISELLA LYSETH BELTRAN VALDERRAMA* *PS_7635_2025_6B0F0A* **MARISELLA LYSETH BELTRAN VALDERRAMA** **CC: 1023900994**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ* *PS_7635_2025_6B0F0A* **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_7635_2025_6B0F0A* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023900994		BELTRAN VALDERRAMA MARISELLA LYSETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 40 sur n°2-29este	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2079115	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	93008874	9504212294	I	2026/05/26	2026/05/12	BANCO DE OCCIDENTE	0	$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	1023900994 BELTRAN MARISELLA	231001	30	$1,750,905	$280,200	EPS008	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023900994		BELTRAN VALDERRAMA MARISELLA LYSETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 40 sur n°2-29este	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2079115	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	93008874	9504212294	I	2026/05/26	2026/05/12	BANCO DE OCCIDENTE	0	$541,800

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
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	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
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				1	$541,800	$0	$0	$541,800

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9642467332 DV: 031372
Cliente:113237 PLANILLAS AVAL Aportes en Linea Arus Compensar Asopagos Simple Mi Plan
Fecha: 11/05/2026 16:55:45
PAP: 917843
Nombre: SSS
Apellido 1: SSS
NUM PLANILLA: 950421294
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 1023900994
PERIODO: 202604
Referencia: 950421294Valor: $541.800,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo: Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

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

< Evaluación de

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
	COMUNICACION SUPERVISOR PS 7635 2025 8-5-26.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 7635 2025 8-5-26.pdf	Comprador
☐	PS_7635_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7635_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	Proveedor
	PS_7635_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf (Archivado)	PS_7635_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	Proveedor
☐	PS_7635__2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	PS_7635__2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	Proveedor
	PS_7635_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE.pdf (Archivado)	PS_7635_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE.pdf	Proveedor
☐	PS_7635_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE_2025.pdf	PS_7635_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE_2025.pdf	Proveedor
☐	PS_7635_2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026.pdf	PS_7635_2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026.pdf	Proveedor
☐	PS_7635_2025_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2026.pdf	PS_7635_2025_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2026.pdf	Proveedor
☐	PS_7635_2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026.pdf	PS_7635_2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026.pdf	Proveedor
☐	PS_7635_2025_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2026.pdf	PS_7635_2025_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2026.pdf	Proveedor

Bo

Cancelar

< Evaluación de