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:	**ASTRID NARDELIZ ALCALA CHAVARRO**			**CC:**	**52360561**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ASTRIDALCALA@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3227036126**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**DIAGONAL 49F BIS SUR N° 6 - 51**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**171257082**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7369 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.867.400**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/07**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31**				

ASTRID NARDELIZ ALCALA CHAVARRO
PS_7369_2025_BC965C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ASTRID NARDELIZ ALCALA CHAVARRO
CC: 52360561
CEL: 3227036126

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			
ASTRID NARDELIZ ALCALA CHAVARRO			
	CON C.C N°	**52.360.561**	
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 7369 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/07**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.484.000	**No. HORAS EJECUTADAS**	**177**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 35.110.800	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.867.400
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° 1081240867	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/05/12	$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	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	*ASTRID NARDELIZ ALCALA CHAVARRO* *PS_7369_2025_BC965C* **ASTRID NARDELIZ ALCALA CHAVARRO** **CC: 52360561**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ* *PS_7369_2025_BC965C* **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_7369_2025_BC965C* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-05-12, 01:13:27 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1081240867

Periodo Cotización: abril de 2026 **Periodo Servicio:** abril de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8823745701

PAGADO 12/05/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ASTRID NARDELIZ ALCALA CHAVARRO		
Documento	CC52360561	**Dirección**	CLL 41 BIS SUR # 13 C - 12 ESTE
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3227036126
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	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	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días 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 52360561	ASTRID NARDELIZ ALCALA CHAVARRO	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.750.905	$ 218.900	2,436	$ 1.750.905	$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800

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	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800	$ 0	$ 541.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡Tu pago fue exitoso!

Número de autorización: 648720

Fecha y hora: 12/05/26 - 08:33

Simple S A Nuevo

No. de planilla 8823745701

Valor	$ 541.800,00
Costo de la transacción	Gratis

Banco de Bogotá
TRANSACCIÓN DIGITAL
PAGADO

El pago se realizó desde:

Cuenta de Ahorros

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	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Ca
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 7369 2025 8-5-26.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 7369 2025 8-5-26.pdf	Cc
☐	PS_7369_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7369_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	Pr
☐	PS_7369_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	PS_7369_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	Pr
☐	PS 7369 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 7369 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES NOVIEMBRE 2025.pdf	Pr
☐	PS 7369 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 7369 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Pr
☐	PS_7369_2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026.pdf	PS_7369_2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026.pdf	Pr
☐	PS_7369_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_ENERO_2026.pdf	PS_7369_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_ENERO_2026.pdf	Pr
☐	PS_7369_2025_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2026.pdf	PS_7369_2025_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2026.pdf	Pr
☐	PS_7369_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_FEBRERO_2026.pdf	PS_7369_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_FEBRERO_2026.pdf	Pr
☐	PS_7369_2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026.pdf	PS_7369_2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026.pdf	Pr
☐	PS_7369_2025_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2026.pdf	PS_7369_2025_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2026.pdf	Pr

Cancelar <